

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern QSKH-RL)

in der Fassung vom 15. August 2006
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 178 (S. 6 361) vom 20. September 2006
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

zuletzt geändert am 20. Juni 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.11.2013 B1)
tritt in Kraft am 1. Januar 2014

Inhalt

A.	Allgemeines	4
§ 1	Zweck und Rechtsgrundlage der Richtlinie	4
§ 2	Ziele der Qualitätssicherung	4
B.	Maßnahmen der Externen stationären Qualitätssicherung	5
§ 3	Krankenhausinterne Kommunikation	5
§ 4	Einbezogene Leistungen	5
§ 5	Indirekte und direkte Verfahren	5
§ 6	Datenfluss beim indirekten Verfahren	6
§ 7	Datenfluss beim direkten Verfahren	6
§ 8	Erstellung und Übersendung von Auswertungen	6
§ 9	Datenvalidierung	7
§ 10	Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern	8
§ 11	Einleitung des Strukturierten Dialogs	8
§ 12	Prüfung	9
§ 13	Abschluss des Strukturierten Dialogs	9
§ 14	Verantwortliches Gremium	10
§ 15	Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren	10
C.	Zuständigkeiten	10
§ 16	Zusammenarbeit Bundes- und Landesebene	10
§ 17	Institution nach § 137a SGB V	12
§ 18	Fachgruppen	12
§ 19	Datenschutz und Schweigepflicht	12
D.	Finanzierung	13
§ 20	Leistungsvergütung	13
§ 21	Qualitätssicherungszuschläge	13
§ 22	Zahlung	14
§ 23	Nachweise	14
§ 24	Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleichs	15
Anlage 1	Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2014	16
Anhang zu Anlage 1:		18

Anlage 2	Verfahren mit Follow-up im Erfassungsjahr 2014.....	111
Allgemeines		111
§ 1	Geltungsbereich und Zweck.....	111
§ 2	Verfahren im Krankenhaus.....	111
§ 3	Verfahren in der auf Landesebene beauftragten Stelle.....	112
§ 4	Verfahren in der Vertrauensstelle.....	112
§ 5	Verfahren in der Institution nach § 137a SGB V.....	112
§ 6	Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen.....	113
§ 7	Qualifizierte Patienteninformation.....	113
§ 8	Begründung der Vollerhebung.....	113
Anhang zur Anlage 2		114

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Rechtsgrundlage der Richtlinie

(1) Zweck der Richtlinie ist insbesondere:

1. die Umsetzung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V,
2. die Gewährleistung eines transparenten Verfahrens bei der Vorbereitung, Entwicklung, Durchführung einschließlich der Auswertung und Bewertung von Qualitätssicherungsdaten sowie der Beschlussfassung über Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Behandlung im Krankenhaus,
3. die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin (§ 10 Transplantationsgesetz (TPG) i.V.m. der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG „Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung“),
4. die Sicherstellung der Zusammenführung von Qualitätssicherungsdaten auf der Bundesebene für Auswertungen,
5. die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt gem. § 137 Abs. 1 Nr. 1 und Satz 3 SGB V unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der Berufsorganisationen der Pflegeberufe grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

(3) ¹Die einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind in der Anlage festgelegt und für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. ²Die Verträge nach § 112 Abs. 1 SGB V können ergänzende Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten.

§ 2 Ziele der Qualitätssicherung

Orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

- a) Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.
- b) Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.
- c) Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren, herzustellen.
- d) Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse, insbesondere zu folgenden Aspekten, die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern:
 - Indikationsstellung für die Leistungserbringung,
 - Angemessenheit der Leistung,
 - Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen,

- Ergebnisqualität.

B. Maßnahmen der Externen stationären Qualitätssicherung

§ 3 Krankenhausinterne Kommunikation

(1) ¹Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie von allen Beteiligten im Krankenhaus gemeinsam gewollt und unterstützt werden. ²Zu den gewünschten positiven Auswirkungen der Qualitätssicherung gehört auch die intensive krankenhauseinterne Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme.

(2) Zum Erreichen der intensiven Kommunikation ist die leitende Ärztin oder der leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihr oder ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen festzulegen.

(3) Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.

§ 4 Einbezogene Leistungen

(1) ¹Zur Sicherung der Qualität von Krankenhausleistungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser definierte Leistungsbereiche gemäß Anlage 1 verbindlich zu dokumentieren. ²Die Dokumentation für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag erfolgt ab 2014 standortbezogen. ³Dies dient insbesondere einer entsprechenden Auswertung und Darstellung im strukturierten Qualitätsbericht. ⁴Die Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen steht als Auslöser (Ein- und/oder Ausschlusskriterien sowie die dazu gehörigen Spezifikationen) zur Verfügung und wird durch den G-BA beschlossen. ⁵Die einbezogenen Leistungen werden regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. ⁶Sie werden in der jeweils geltenden Fassung durch die Institution nach § 137a SGB V auf ihrer Homepage im Internet öffentlich bekanntgemacht.

(2) ¹Über die spezifische Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen in der Anlage 1 sind die zu dokumentierenden Datensätze definiert. ²Hierbei kann sich ein Datensatz aus einem Basisdatensatz oder aus einem Basisdatensatz und ggf. mehreren Teildatensätzen zusammensetzen.

§ 5 Indirekte und direkte Verfahren

(1) Indirekte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen unter Einbeziehung der Landesebene.

(2) ¹Direkte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen, bei denen insbesondere wegen geringer Fallzahlen und/oder geringer Anzahl von Krankenhäusern ein bundesweites Management geboten ist. ²Die Zuordnung der Leistungsbereiche ist in der Anlage 1 dargelegt.

§ 6 Datenfluss beim indirekten Verfahren

(1) ¹Die erhobenen Datensätze sind von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der von der Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich zur Verfügung zu stellen. ²Die von der Landesebene beauftragte Stelle überprüft die Datensätze auf Vollständigkeit und anhand der vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität. ³Die geprüften Datensätze werden unverzüglich an die Institution nach § 137a SGB V weitergeleitet. ⁴Die von der Landesebene beauftragte Stelle informiert die Krankenhäuser über die entsprechende Weiterleitung an die Institution nach § 137a SGB V.

(2) ¹Soweit die Weiterleitung gemäß Absatz 1 nicht in einer durch den Unterausschuss Qualitätssicherung festgesetzten, angemessenen Frist erfolgt, leitet der Unterausschuss Qualitätssicherung die Anwendung der Regelungen des § 7 Abs. 1 und 2 ein. ²Der Landesebene ist vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die Institution nach § 137a SGB V stellt den von der Landesebene beauftragten Stellen auf Anforderung die jeweiligen Datensätze zur Verfügung, um dort bei Bedarf die Durchführung vollständiger eigener Auswertungen zu ermöglichen.

(4) Für die Leistungsbereiche 11 und 12 sowie 15 und 16 der Anlage 1 gelten zusätzlich die Regelungen der Anlage 2, die in einer ersten Stufe neben der Erhebung der Qualitätssicherungsdaten auch eine Erhebung patientenidentifizierender Daten für die genannten Leistungsbereiche im Krankenhaus vorsehen.

§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren

(1) Die erhobenen Datensätze sind von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der Institution nach § 137a SGB V unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

(2) Soweit die Lieferung der Datensätze gemäß Absatz 1 in einer durch die Institution nach § 137a SGB V vorgegebenen angemessenen Frist nicht erfolgt, gelten die Datensätze als nicht dokumentiert und es greifen die Regelungen des § 24.

§ 8 Erstellung und Übersendung von Auswertungen

(1) ¹Die von Krankenhäusern in den Leistungsbereichen mit einer bundesweiten Dokumentationspflicht für die externe stationäre Qualitätssicherung nach § 137 SGB V übermittelten Daten sind mindestens einmal jährlich statistisch auszuwerten und zu aussagekräftigen Übersichten, mit deren Hilfe sich das einsendende Krankenhaus mit weiteren Krankenhäusern vergleichen kann, zusammenzustellen. ²Angaben, die einen Rückschluss auf die Identität von weiteren teilnehmenden Krankenhäusern ermöglichen, sind zu unterlassen. ³Die Qualitätsindikatoren sind nach bundesweit einheitlichen Rechenvorschriften, die von der Institution nach § 137a SGB V veröffentlicht werden, auszuwerten. ⁴Die Rechenvorschriften sollen bis spätestens 28. Februar des Jahres vorliegen, welches der Datenerhebung im Krankenhaus folgt.

(2) ¹Allen Krankenhäusern, die nach dieser Richtlinie Daten geliefert haben, sind statistische Auswertungen für die betreffenden Leistungsbereiche zu übersenden. ²Zuständig ist bei direkten Verfahren die Institution nach § 137a SGB V und bei indirekten Verfahren die auf Landesebene beauftragte Stelle. ³Die Daten des einsendenden Krankenhauses sind in der Übersicht zu kennzeichnen. ⁴Die Übersendung der Auswertungen soll spätestens bis zum 15. Juni des Jahres erfolgen, welches der Datenerhebung im Krankenhaus folgt.

§ 9 Datenvalidierung

(1) ¹Die von den Krankenhäusern nach Maßgabe dieser Richtlinie übermittelten Daten sind auf ihre Validität zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren). ²Das Datenvalidierungsverfahren umfasst

- eine Statistische Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung) und
- ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung mit der Dokumentation im Krankenhaus (Patientenakte) überprüft wird.

(2) ¹Das Datenvalidierungsverfahren nach Absatz 1 ist in der Regel bei drei Leistungsbereichen für ausgewählte Datenfelder durchzuführen. ²Die Leistungsbereiche sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag der Institution nach § 137a SGB V festzulegen. ³Ausgewählte Auffälligkeitskriterien der in den Vorjahren in die Datenvalidierung einbezogenen Leistungsbereiche werden kontinuierlich weitergeführt und in die Statistische Basisprüfung einbezogen. ⁴Des Weiteren sind in die Statistische Basisprüfung Indikatoren zur Vollzähligkeit einzubeziehen.

(3) ¹Die in der Statistischen Basisprüfung anzuwendenden Auffälligkeitskriterien werden jährlich durch den Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag der Institution nach § 137a SGB V festgelegt. ²Die festgelegten Auffälligkeitskriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. ³Für die Durchführung der Statistischen Basisprüfung gilt § 14 entsprechend. ⁴Der Statistischen Basisprüfung sind alle nach dieser Richtlinie zur Datenübersendung in den festgelegten Leistungsbereichen verpflichteten Krankenhäuser zu unterwerfen.

(4) ¹Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im indirekten Verfahren sind pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterwerfen. ²Krankenhäuser mit nur einem Fall in dem betroffenen Leistungsbereich werden hiervon ausgenommen. ³Die Institution nach § 137a SGB V ermittelt bis Mitte April mittels eines zu dokumentierenden Zufallsverfahrens für jeden einzelnen ausgewählten Leistungsbereich die Krankenhäuser, die dem Datenabgleich unterworfen werden. ⁴Zum Abgleich der gemeldeten Qualitätssicherungsdaten führen die auf Landesebene beauftragten Stellen mittels Einsicht in die Patientenakte eine Zweiterhebung von Qualitätssicherungsdaten anhand von 20 zufällig ausgewählten Patientenakten je Krankenhaus durch und vergleichen die Ergebnisse mit den zuvor vom Krankenhaus übermittelten Daten. ⁵Liegt die Fallzahl des Krankenhauses in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Fälle einzubeziehen. ⁶Nicht verfügbare Patientenakten sind zu dokumentieren und vom Krankenhaus zu begründen. ⁷Soweit eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist, ist das Krankenhaus aufzufordern, eine qualifizierte Mitarbeiterin oder einen qualifizierten Mitarbeiter zu bestimmen, der die Informationen aus der Patientenakte unter Wahrung der Anonymität der Patientin oder des Patienten auf Fragen der die auf Landesebene beauftragte Stelle vertretende Person in deren Anwesenheit unmittelbar weitergibt. ⁸Für das Betreten des Krankenhauses durch Personen, die die auf Landesebene beauftragte Stelle vertreten, ist das vorherige Einverständnis des Krankenhauses einzuholen.

(4a) ¹Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im direkten Verfahren sind pro Leistungsbereich mindestens 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterwerfen. ²Hierbei sind mindestens je Leistungsbereich 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. ³Abs. 4 Satz 2 und 3 finden Anwendung. ⁴Abs. 4 Sätze 4 bis 8 finden entsprechende Anwendung dahingehend, dass die Institution nach § 137a SGB V den Abgleich durchführt.

(5) Ist ein Krankenhaus nach Durchführung der Statistischen Basisprüfung gemäß Absatz 3 auffällig oder werden bei der Auswertung des Datenabgleichs nach Absatz 4 oder Absatz 4a krankenhausbefugte Auffälligkeiten festgestellt, so sind die Regelungen zum Strukturierten Dialog nach § 11 bis § 14 anzuwenden.

(6) Berichte zu den Ergebnissen des Datenvalidierungsverfahrens sind von den auf Landesebene beauftragten Stellen im Rahmen der Berichtspflicht nach § 15 vorzulegen.

(7) Bei direkten Verfahren oder im Falle des Eintretens von § 6 Abs. 2 tritt an Stelle der auf Landesebene beauftragten Stelle die Institution nach § 137a SGB V.

§ 10 Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern

(1) Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint.

(2) ¹Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich von der Institution nach § 137a SGB V definiert ist. ²Der Referenzbereich unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen. ³Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche sind als unauffällige Versorgungsqualität zu werten. ⁴Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert definiert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sein (Perzentil-Referenzbereich). ⁵Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Qualitätsindikator von diesem Referenzbereich. ⁶Bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit werden Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

(3) ¹Es besteht der Grundsatz, dass rechnerische Auffälligkeiten zu Maßnahmen nach § 11 führen müssen. ²Abweichungen von diesem Grundsatz sind im Bericht nach § 15 darzustellen und zu begründen. ³Insbesondere in folgenden Fällen kann trotz Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit von der allgemeinen Verpflichtung zur Durchführung des Strukturierten Dialogs abgesehen werden:

- bei der Verwendung von Qualitätsindikatoren-Sets, die eine Gruppe von Qualitätsindikatoren zusammenfassen. Eine transparente Darstellung und Bewertung dieser Sets muss im Bericht nach § 15 erfolgen. Diese Darstellung hat die verwendeten Qualitätsindikatoren, die Referenzbereiche sowie den verwendeten Algorithmus zu umfassen.
- bei Vorliegen landesindividueller, von den bundeseinheitlichen Vorgaben abweichender Referenz- und Vertrauensbereiche. Diese können auf der Landesebene entwickelt werden. Sie sind im Bericht nach § 15 darzustellen und zu begründen; Abweichungen, die sich aus deren Anwendung gegenüber den Bundesvorgaben ergeben, sind bezogen, auf die Krankenhäuser darzustellen.

⁴Der Verzicht auf Maßnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben, muss nicht begründet werden. Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist in jedem Fall eine Aufforderung zur Stellungnahme nach § 11 erforderlich.

§ 11 Einleitung des Strukturierten Dialogs

¹Ist ein Krankenhaus nach § 9 Abs. 5 oder § 10 auffällig, ist das Krankenhaus unter Beschreibung des Sachverhalts auf die Auffälligkeit hinzuweisen oder zur Stellungnahme innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist aufzufordern. ²Bei Wiederholung

desselben oder eines ähnlichen Sachverhalts ist zumindest eine Stellungnahme anzufordern.

§ 12 Prüfung

(1) ¹Nach Eingang der Stellungnahmen werden diese dahingehend geprüft, ob die im überprüften Jahr dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht und valide dokumentiert wurden. ²Verbleiben auch nach Berücksichtigung der Stellungnahme Zweifel, wird eine Besprechung nach Absatz 2, eine Begehung nach Absatz 3 oder eine Zielvereinbarung auf schriftlichem Weg veranlasst. ³Die Bewertung im Strukturierten Dialog bezieht sich auf die erbrachte Qualität im überprüften Jahr und wird dem Stellungnehmenden mitgeteilt.

(2) ¹Eine Besprechung dient der Aufklärung von Zweifeln und der erforderlichen, ggf. vom Krankenhaus erbetenen, Beratung. ²Sie ist mit der oder dem im betroffenen Leistungsbereich Verantwortlichen oder den diese vertretenden, zur Entscheidung berechtigten Personen zu führen. ³Der gemeinsam erkannte Verbesserungsbedarf ist in einer Zielvereinbarung schriftlich niederzulegen. ⁴Sofern konkrete Maßnahmen festgelegt werden, ist für deren Umsetzung eine angemessene Frist zu vereinbaren.

(3) ¹Mit Einverständnis des Krankenhauses können mögliche Qualitätsmängel auch vor Ort geprüft werden (Begehung). ²Dabei ist die Prüfung auf Unterlagen und Räumlichkeiten zu beschränken, die für die Ausräumung von Zweifeln eingesehen werden müssen; insbesondere dürfen personenbezogene Daten nur eingesehen werden, soweit diese zur Dokumentation der zu prüfenden Leistungen angelegt wurden und die Qualität der Behandlung im Einzelfall zu beurteilen ist. ³Der Begehung soll eine Besprechung nach Absatz 2 angeschlossen werden.

§ 13 Abschluss des Strukturierten Dialogs

(1) ¹Der Strukturierte Dialog wird durch einen Hinweis nach § 11, durch eine Mitteilung nach § 12 Abs. 1 oder eine Zielvereinbarung nach § 12 Abs. 2 Satz 3 abgeschlossen. ²Liegen neue Erkenntnisse vor, kann er erneut eröffnet werden.

(2) ¹Der Strukturierte Dialog soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres und für die übrigen Indikatoren bis zum Ende des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein. ²Abweichende Verlängerungen sind in dem Bericht nach § 15 zu begründen.

(3) ¹Verweigert ein Krankenhaus ohne berechtigten Grund Stellungnahmen, Besprechungen, Begehungen oder den Abschluss einer erforderlichen Zielvereinbarung oder erfüllt es die Verpflichtungen der Zielvereinbarung ohne nachvollziehbare Gründe nicht fristgerecht, ist das Krankenhaus mit Darstellung des Sachverhaltes bei direkten Verfahren dem Unterausschuss Qualitätssicherung und bei indirekten Verfahren dem Lenkungsgremium auf Landesebene zu benennen. ²Zwischen Bundes- und Landesebene kann zur Koordination einer einheitlichen Vorgehensweise ein Informationsaustausch erfolgen. ³Das nach § 14 verantwortliche Gremium entscheidet über das weitere Vorgehen, u. a. auch über die Veröffentlichung der Informationen.

(4) ¹Die Maßnahmen nach Absatz 3 sind im Bericht nach § 15 darzustellen. ²Sofern keine dieser Maßnahmen zur Anwendung kommt, ist dies im Bericht zu begründen und darzulegen, welche alternativen Maßnahmen ergriffen wurden.

(5) Über die möglichen Vorgehensweisen nach Absatz 3 ist das betroffene Krankenhaus im Rahmen des Strukturierten Dialogs rechtzeitig schriftlich zu informieren.

§ 14 Verantwortliches Gremium

(1) ¹Für die Gesamtverantwortung der Verfahren und Maßnahmen nach den §§ 8 bis 13 ist auf Landesebene ein verantwortliches Gremium (z.B. Lenkungsgremium) zu bestimmen. ²Auf Bundesebene trägt diese der Unterausschuss Qualitätssicherung.

(2) Zur inhaltlichen Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen kann das verantwortliche Gremium nach Absatz 1 Expertenkommissionen (insbesondere Fachgruppen, Arbeitsgruppen) in Anspruch nehmen.

(3) ¹Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Abs. 1 und 2) erhalten in dem verantwortlichen Gremium nach Absatz 1 ein Mitberatungsrecht. ²Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber dem verantwortlichen Gremium gelten § 140f Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

§ 15 Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren

(1) ¹Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben über den Strukturierten Dialog und das Datenvalidierungsverfahren bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres zu berichten. ²Dieser Bericht der auf Landesebene beauftragten Stellen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben als Datenbank erstellt und ihr Inhalt elektronisch, in maschinenlesbarer Form an die Institution nach § 137a SGB V übersendet. ³Die Spezifikation für die Übersendung nach Satz 2 wird auf der Homepage der Institution nach § 137a SGB V bis zum 30. Juni bekanntgegeben.

(2) ¹Die Institution nach § 137a SGB V fasst die Berichte nach Absatz 1 zusammen und erstellt bis zum 15. Mai des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres einen Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens und veröffentlicht diese nach Freigabe durch den Unterausschuss Qualitätssicherung auf ihrer Homepage. ²Informationen über Anpassungsbedarf von bundeseinheitlich festgelegten Referenzwerten und Qualitätsindikatoren werden unabhängig von den Berichten nach Absatz 1 kontinuierlich an die Institution nach § 137a SGB V kommuniziert.

(3) Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen berichten darüber hinaus in einer zusammenfassenden Textform an den Unterausschuss Qualitätssicherung bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres.

(4) Die Berichte nach den Absätzen 1 bis 3 werden den nach § 14 verantwortlichen Gremien zur Verfügung gestellt.

C. Zuständigkeiten

§ 16 Zusammenarbeit Bundes- und Landesebene

(1) ¹Die Landes- und die Bundesebene sind Kooperationspartner bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen. ²Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen setzt eine enge Zusammenarbeit aller an der Qualitätssicherung Beteiligten voraus. ³In diesem Sinne strebt die Bundesebene mit der Landesebene einen wechselseitigen Rückkopplungsmechanismus über die Umsetzung der

Qualitätssicherungsmaßnahmen an. ⁴Hierzu gehört auch die Meldung systembezogener konkreter Veränderungswünsche der Landesebene an den Unterausschuss Qualitätssicherung. ⁵Zur Erfüllung dieser Aufgaben sollen für jedes Bundesland funktionsfähige Strukturen (z. B. Lenkungsgremium, Arbeitsgruppen, Geschäftsstelle als Qualitätsbüro oder Projektgeschäftsstelle) unter Nutzung vorhandener Institutionen vorgehalten werden. ⁶Es können länderübergreifende Strukturen gebildet werden.

(2) Auf Landesebene sollen insbesondere folgende Aufgaben für indirekte Verfahren (§ 5 Abs. 1) wahrgenommen werden:

1. Umsetzung der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dieser Richtlinie.
2. Schaffung und Aufrechterhaltung einer Informations- und Beratungsplattform für die an den Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligten Krankenhäuser und sonstigen Institutionen nach Absatz 1.
3. Annahme der Datensätze aus den Krankenhäusern und Weiterleitung der zu Zwecken der Qualitätssicherung vorgegebenen Datensätze an die Institution nach § 137a SGB V.
4. ¹Durchführung von Landesauswertungen. ²Die Landesebene kann diesbezüglich die Institution nach § 137a SGB V gesondert beauftragen. ³Zur Vermeidung von Doppelauswertungen sollte grundsätzlich eine Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene erfolgen.
5. Analyse der Ergebnisse statistischer Auswertungen und deren Bewertung.
6. Identifizierung qualitätsrelevanter Probleme und Fragestellungen.
7. Beobachtung und Analyse der Entwicklung der Auswertungsergebnisse, z. B. auch im Hinblick auf gegebenenfalls vereinbarte Ziele.
8. Rückkopplung der Bundesauswertung und der Ergebnisse der Qualitätsarbeit an alle Beteiligten, insbesondere an die Krankenhäuser und die Mitglieder im Lenkungsgremium im Bundesland.
9. Durchführung des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9.
10. Durchführung des Strukturierten Dialogs nach § 10 bis § 15.

(3) Der Unterausschuss Qualitätssicherung nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Erstellung von Auswahlkriterien und Auswahl von in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Leistungen.
- Empfehlungen zur Zuordnung der Leistungsbereiche zu den direkten und indirekten Verfahren gemäß § 5.
- Grundsatzbewertung auf der Grundlage der Vorschläge/Berichte der Fachgruppen und der Institution nach § 137a SGB V, insbesondere zur Einführung bzw. Aussetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Prüfung des Jahresberichts der beauftragten Stelle nach § 17.
- Regelung des Datenaustausches (Datenformat, Übermittlungsfristen).
- Generelle Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens.
- Aufgaben im Zusammenhang mit dem Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren.

(4) ¹Werden wesentliche Regelungen der vorliegenden Richtlinie auf Landesebene nicht umgesetzt, so kann der Unterausschuss Qualitätssicherung die Institution nach § 137a SGB V mit der Übernahme von Aufgaben der Landesebene beauftragen, bis die Strukturen

auf der Landesebene eine zuverlässige Umsetzung der Richtlinie wieder gewährleisten. ²Der Landesebene ist vorab Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 17 Institution nach § 137a SGB V

(1) Das Nähere zu den Rechten und Pflichten der Institution nach § 137a SGB V ist vertraglich mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt.

(2) Die Institution nach § 137a SGB V berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Umsetzung der Beschlüsse zu Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

§ 18 Fachgruppen

(1) ¹Die mit der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beauftragte Stelle setzt für die direkten und indirekten Verfahren Fachgruppen ein. ²Diese sind dem Unterausschuss Qualitätssicherung bekannt zu geben. ³In begründeten Fällen kann der Unterausschuss diese beanstanden. ⁴In die Fachgruppen entsenden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die PKV gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die BÄK und der Deutsche Pflegerat (DPR) je bis zu zwei Vertreter (Ärzte bzw. Experten der Pflege); an den Sitzungen der Fachgruppe können bis zu zwei der nach § 140f Abs. 2 SGB V benannten sachverständigen Personen teilnehmen. ⁵Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden von der BÄK gebeten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt in die jeweilige Fachgruppe zu entsenden. ⁶Die Mitglieder der Fachgruppe sollen fachkundig sein und über Kenntnisse auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung verfügen. ⁷Zeitlich befristet können weitere Ärztinnen oder Ärzte oder andere Sachverständige für spezielle, z. B. methodische Fragestellungen beratend hinzugezogen werden.

(2) Die Fachgruppen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- Analyse des Handlungsbedarfes hinsichtlich der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung gemäß den Zielen der Qualitätssicherung nach § 2.
- Bewertung der Ergebnisse der Datenauswertungen und Ableitung notwendiger Maßnahmen.
- Auf Anforderung, jedoch mindestens einmal jährlich, schriftliche Berichterstattung, insbesondere über die Bewertungen der Datenauswertungen. Zum Zwecke weitergehender Erläuterungen kann ein Vertreter der Fachgruppe zu Sitzungen eingeladen werden.

(3) ¹Die Benennung der Mitglieder erfolgt für die Dauer von drei Jahren. ²Eine Wiederbenennung der berufenen Mitglieder ist nach Ablauf der drei Jahre möglich. ³Vertretungslösungen werden aus Gründen der Kontinuität grundsätzlich nicht vorgesehen.

§ 19 Datenschutz und Schweigepflicht

(1) ¹Bei der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in zugelassenen Krankenhäusern sind die Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz einzuhalten. ²Zu erfassende Daten von Personen, die in der ärztlichen/pflegerischen Versorgung tätig werden, oder von Patientinnen oder Patienten dürfen nur im Bereich der oder des jeweils Verantwortlichen erhoben und dokumentiert werden. ³Dies gilt nicht für die patientenidentifizierenden Daten in den Leistungsbereichen nach § 6 Abs. 4. ⁴Personenbezogene Angaben oder nur auf einzelne Krankenhäuser bezogene Angaben

dürfen an unbefugte Dritte nicht weitergegeben werden.⁵ Alle vom Umgang mit den Daten zur Qualitätssicherung betroffenen Stellen und Personen sind auf ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit und vertraulichen Behandlung der Daten hinzuweisen und entsprechend zu belehren.⁶ Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt die Institution nach § 137a SGB V oder die auf Landesebene beauftragte Stelle die für Rechenmodelle zur Festlegung von Schwellenwerten für Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V gemäß Beschluss erforderlichen Daten an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

(2) ¹Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen gewährleisten die datenschutzrechtlich einwandfreie Durchführung der Erfassung, Speicherung, Auswertung und Weiterleitung der Daten. ²Auswertungsstellen auf der Bundesebene und auf der Landesebene unterstehen nicht der Weisung einzelner oder mehrerer Mitglieder der Lenkungsorgane oder einzelner Personen in ihrer Eigenschaft als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses oder seiner Untergliederungen.

(3) ¹Bei der Durchführung der indirekten Qualitätssicherungsmaßnahmen muss eine Identifikation einzelner Krankenhäuser auf Ebene der Arbeitsgruppen auf Landesebene grundsätzlich möglich sein. ²In den Lenkungsorgane auf Landesebene dürfen einzelne Krankenhäuser erst dann gemäß § 13 Abs. 3 identifiziert werden, wenn die vereinbarten Rückkopplungs- und Beratungsmechanismen nach § 8 bis § 12 durchgeführt wurden. ³Die Lenkungsorgane auf Landesebene bzw. einzelne Mitglieder dürfen den Arbeitsgruppen keine Zielaufträge in der Art erteilen, dass Kenntnisse, die sich aus der Einsicht in Patientenakten ergeben, dem Lenkungsorgan oder einzelnen Mitgliedern personenbezogen zugänglich gemacht werden.

(4) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss und in seinen Untergliederungen dürfen einzelne Krankenhäuser bei indirekten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht identifiziert werden. ²Abweichendes gilt bei direkten Qualitätssicherungsmaßnahmen oder wenn auf Landesebene die notwendigen Strukturen nicht vorgehalten werden und bei Anwendung von § 13 Abs. 3.

D. Finanzierung

§ 20 Leistungsvergütung

¹Die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt ausschließlich über die Leistungsvergütungen. ²Diese Aufgabe kann nur in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen der Qualitätssicherung auf Landesebene erfüllt werden. ³Regelungen zur Finanzierung von ergänzenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V bleiben hiervon unberührt.

§ 21 Qualitätssicherungszuschläge

(1) ¹Die beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 SGB V werden über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall finanziert. ²Der Zuschlag ist gesondert in der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. ³Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V bzw. der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) i.V.m. § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

(2) ¹Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. ²Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6

Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

(3) Der Zuschlag setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart werden:

a) Zuschlagsanteil Krankenhaus (für die interne Dokumentation im Krankenhaus)

b) Zuschlagsanteil Land (für die Aufwendungen auf Landesebene).

(4) ¹Die Höhe des Zuschlagsanteils Land wird auf Landesebene vereinbart. ²Bei deren Festlegung sind die Aufgaben auf Landesebene zu berücksichtigen.

(5) ¹Soweit auf Landesebene keine Geschäftsstelle die Aufgaben der Landesebene wahrnimmt, werden sie von einer vom G-BA bestimmten Stelle übernommen. ²Diese erhält eine angemessene Finanzierung.

(6) Die nach dem KHG, KHEntgG und der BPfIV zuständigen Vertragsparteien vereinbaren die Höhe der Zuschlagsanteile Krankenhaus und veröffentlichen diese in geeigneter Weise.

§ 22 Zahlung

(1) ¹Die Qualitätssicherungszuschläge nach § 21 Abs. 3 werden mit jedem vollstationären Krankenhausfall vom Krankenhaus zusätzlich in Rechnung gestellt und von den entsprechenden Kostenträgern bezahlt. ²Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

(2) ¹Das Krankenhaus

- behält von den erhaltenen Zuschlägen den vereinbarten Zuschlagsanteil Krankenhaus ein,
- führt den Zuschlagsanteil Land an die von der Landesebene beauftragte Stelle ab.

²Ist eine von der Landesebene beauftragte Stelle nicht eingerichtet, führt das Krankenhaus den Zuschlagsanteil Land für die Übernahme von Aufgaben der Landesebene gemäß § 21 Abs. 5 an den G-BA ab, der diesen zur Finanzierung der entsprechenden Aufgaben einsetzt.

³Für das Krankenhaus ergeben sich die abzuführenden Beträge für das Jahr aus den für das laufende Jahr vereinbarten vollstationären Krankenhausfällen multipliziert mit dem jeweiligen Zuschlagsanteil Land gemäß § 21 Absatz 3. ³Bei Fehlen einer Vereinbarung für das laufende Jahr werden die letzten Vereinbarungszahlen aus Vorjahren als Berechnungsgrundlage herangezogen.

(3) Das Krankenhaus übermittelt der von der Landesebene beauftragten Stelle die Zahl der jeweils vereinbarten vollstationären Krankenhausfälle.

(4) Das Krankenhaus überweist jeweils bis zum 15. April und bis zum 15. Oktober eines Jahres die Hälfte der nach Absatz 3 abzuführenden Zuschlagssumme eines Jahres an die empfangende Stelle.

§ 23 Nachweise

(1) In den Verhandlungen nach § 11 KHEntgG für das Folgejahr ist von den Krankenhäusern die erfolgte Abführung des Zuschlagsanteils Land nachzuweisen.

(2) ¹Das Krankenhaus erstellt leistungsbereichsbezogen eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. ²Diese Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form und als Ausdruck der

von der Landesebene beauftragten Stelle übermittelt. ³Das Krankenhaus legt die Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze mit einer Erklärung zur Richtigkeit der übermittelten Daten (Konformitätserklärung) vor, die von einer oder einem Vertretungsberechtigten des Krankenhauses zu unterzeichnen ist.

(3) ¹Das Krankenhaus übermittelt die Aufstellung und Konformitätserklärung nach Absatz 2 bis zum 28. Februar des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres. ²Die übermittelten Aufstellungen in elektronischer Form der Krankenhäuser werden von der auf Landesebene beauftragten Stelle an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt. ³Die auf Landesebene beauftragte Stelle nimmt die Übermittlung der ihr vorliegenden Aufstellungen in elektronischer Form der Krankenhäuser unverzüglich nach dem in Satz 1 genannten Stichtag sowie nach Ablauf einer ggf. erfolgten Fristsetzung gemäß § 24 Abs. 1 Satz 6 vor. ⁴Bei Bedarf übersendet die auf Landesebene beauftragte Stelle der Institution nach § 137a SGB V ebenso eine Kopie der Aufstellung als Ausdruck mit der Konformitätserklärung als pdf-Dokument. ⁵Die auf Landesebene beauftragte Stelle informiert die Institution nach § 137a SGB V über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.

(4) ¹Die von der Landesebene beauftragte Stelle erteilt dem Krankenhaus bis zum 30. April des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß § 4 dieser Richtlinie. ²In dieser Bescheinigung ist zu vermerken, ob das Krankenhaus seinen Berichtspflichten sowie seiner Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 2 fristgerecht nachgekommen ist. ³Das Krankenhaus legt diese Bescheinigung den Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen zusammen mit den tatsächlichen Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) vor.

(5) ¹Für direkte Verfahren übermittelt die Institution nach § 137a SGB V den auf Landesebene beauftragten Stellen die für die Ausstellung der Bescheinigung erforderlichen Angaben. ²Die an das Krankenhaus übermittelte Bescheinigung nach Absatz 4 ist zeitgleich der Institution nach § 137a SGB V zu übersenden.

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

(1) ¹Für nicht dokumentierte aber dokumentationspflichtige Datensätze sind vom Krankenhaus Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu zahlen. ²Die Dokumentationsrate [dokumentierte Datensätze (Ist)/zu dokumentierende Datensätze (Soll)] wird für jeden Leistungsbereich des Krankenhauses gesondert berechnet. ³Bei einer Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches von unter 95 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt. ⁴Bei einer Dokumentationsrate der Leistungsbereiche der Transplantationen (Leistungsbereiche 10, 21, 22, 23, 24, 25 und 26 nach Anlage 1) von unter 100 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 2.500,00 Euro festgelegt. ⁵Die herzchirurgischen Leistungsbereiche 2, 17 und 19 sowie die Leistungsbereiche 23 und 26 nach Anlage 1 werden als jeweils ein Leistungsbereich gezählt. ⁶Erfüllt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Abgabe der Konformitätserklärung nach § 23 Abs. 2 nicht fristgerecht, ist es von der auf Landesebene beauftragten Stelle unter Setzung einer vierwöchigen Frist zu ermahnen. ⁷Sind die Pflichten auch nach Ablauf dieser zweiten Frist nicht erfüllt, ergeht ein Abschlag von 6.000,00 Euro. ⁸Der Abschlag nach Satz 3 und 4 bleibt dadurch unberührt. ⁹Die Krankenhäuser sind auf die Möglichkeit von Abschlägen hinzuweisen.

(2) Der nach Absatz 1 ermittelte gesamte Ausgleichs- und Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.

Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2014

Im Erfassungsjahr 2014 sind folgende Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

	Leistungsbereich	Verfahren	
		direkt	indirekt
1	Ambulant erworbene Pneumonie		x
2	Aortenklappenchirurgie, isoliert	x	
3	Cholezystektomie		x
4	Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
5	Geburtshilfe		x
6	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)		x
7	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x
8	Herzschrittmacher-Implantation		x
9	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation		x
10	Herztransplantation	x	
11	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation		x
12	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
13	Hüftgelenknahe Femurfraktur		x
14	Karotis-Revaskularisation		x
15	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation		x
16	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
17	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	x	
18	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)		x
19	Koronarchirurgie, isoliert	x	
20	Mammachirurgie		x
21	Lebertransplantation	x	
22	Leberlebendspende	x	
23	Nierentransplantation	x	
24	Nierenlebendspende	x	
25	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	x	
26	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	x	

27	Neonatologie		x
28	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation		x
29	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel		x
30	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation		x

Die spezifische Darstellung der einbezogenen Leistungen ist definiert durch die Listen der Ein- und/oder Ausschlusskriterien in der Spezifikation für QS-Filter-Software. Die spezifische Darstellung der Dokumentationsinhalte ist definiert durch die Anforderungen der Spezifikation für QS-Dokumentationssoftware. Diese werden durch den G-BA beschlossen und in der jeweils geltenden Fassung durch die Institution nach § 137a SGB V auf ihrer Homepage im Internet öffentlich bekannt gemacht.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang zu Anlage 1:

Der vorliegende Anhang zu Anlage 1 stellt die für die Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern zu nutzenden Daten dar.

Leistungsbereich 1 Ambulant erworbene Pneumonie

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Daten	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Aufnahme					
9	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X	
10	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung		X	X	
11	chronische Bettlägerigkeit		X	X	
12	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung		X	X	X
13	Desorientierung		X	X	
14	spontane Atemfrequenz		X	X	
15	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt			X	X
16	Blutdruck systolisch		X	X	
17	Blutdruck diastolisch		X	X	
18	Akute Symptomatik			X	
19	Frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax			X	
20	Ausschluss schwerer Immunsuppression			X	
21	Kein KH-Aufenthalt innerhalb der			X	

		1	2	3	4
	letzten 28 Tage				
22	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		X	X	
23	initiale antimikrobielle Therapie		X	X	
Verlauf					
24	Beginn der Mobilisation		X	X	
25	Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthalts		X	X	X
26	Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts		X	X	X
27	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens		X		
28	maschinelle Beatmung		X	X	X
29	Dauer			X	
30	Beatmung mit positivem endexpiratorischen Druck von mind. 5 cm Wassersäule			X	
31	Wurde dokumentiert, dass aufgrund der Schwere der Grunderkrankung die Pneumonie-Episode als terminale Manifestation einer chronischen Krankheit eingeschätzt und damit als Therapieziel primär oder im Verlauf die Symptomkontrolle definiert wurde?		X	X	
Entlassung					
32	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
33	Entlassungsdiagnose(n)	X		X	
34	Entlassungsgrund		X	X	X
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung					
35	Desorientierung		X	X	
36	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X	
37	spontane Atemfrequenz		X	X	
38	Herzfrequenz		X	X	
39	Temperatur		X	X	
40	Sauerstoffsättigung		X	X	
41	Blutdruck systolisch		X	X	

Leistungsbereiche 2 Aortenklappenchirurgie, isoliert und 17 kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und 19 Koronarchirurgie, isoliert (gemeinsame Dokumentation)

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Patientenbasisdaten					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
7	Geburtsdatum	X	X	X	
8	Geschlecht	X	X	X	
9	Körpergröße		X	X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
Anamnese/Befund					
11	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
12	Angina Pectoris			X	
13	Infarkt(e)		X	X	
14	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X	
15	Reanimation		X	X	
16	Patient wird beatmet		X	X	
17	pulmonale Hypertonie		X	X	
18	Herzrhythmus bei Aufnahme		X	X	
19	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger			X	
20	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
Kardiale Befunde					
21	LVEF		X	X	
22	Koronarangiographiebefund			X	
23	signifikante Hauptstammstenose			X	
Vorausgegangene(r) interventionelle(r) Koronareingriffe(r)					
24	PCI			X	

		1	2	3	4
25	Anzahl		X	X	
Aktuelle weitere Erkrankung(en)					
26	akute Infektion(en)		X	X	
27	Diabetes mellitus		X	X	
28	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X
29	periphere AVK			X	
30	Arteria Carotis			X	
31	Aortenaneurysma			X	
32	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)			X	X
33	Lungenerkrankung(en)		X	X	
34	neurologische Erkrankung(en)		X	X	X
35	Schweregrad der Behinderung		X	X	
36	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
37	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X	
38	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X	
OP-Basisdaten					
39	wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
40	OP-Datum	X	X	X	
41	Operation	X	X	X	
42	Koronarchirurgie		X	X	X
43	Aortenklappenchirurgie		X	X	X
44	sonstige OP		X	X	X
45	Führender OPS-Code der sonstigen OP			X	
46	Dringlichkeit		X	X	
47	Nitrate (präoperativ)			X	
48	Troponin positiv (präoperativ)			X	
49	Inotrope (präoperativ)		X	X	
50	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	
51	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
52	OP-Vorgehen			X	
53	Zugang			X	
54	OP-Zeit		X	X	
55	Bypasszeit			X	
56	Aortenabklemmzeit			X	
Koronarchirurgie					

		1	2	3	4
57	Anzahl der Grafts			X	X
58	Vene			X	
59	ITA links			X	
60	ITA rechts			X	
61	A. radialis			X	
62	sonstige Grafts			X	X
63	zentrale Anastomose(n)			X	
64	periphere Anastomose(n), arterieller Graft			X	
65	periphere Anastomose(n), venöser Graft			X	
66	LAD und / oder Äste			X	
67	RCA und / oder Äste			X	
68	RCX und / oder Äste			X	
Aortenklappenchirurgie					
69	Stenose			X	
70	Insuffizienz			X	
71	Klappeneingriff			X	X
72	Ventil- bzw. Ringtyp			X	
73	Durchmesser			X	
74	intraprozedurale Komplikationen			X	X
75	Device-Fehlpositionierung			X	
76	Koronarostienverschluss		X	X	
77	Aortendissektion		X	X	
78	Annulus-Ruptur		X	X	
79	Perikardtamponade		X	X	
80	LV-Dekompensation		X	X	
81	Hirnembolie		X	X	
82	Aortenregurgitation > = 2. Grades		X	X	
83	Rhythmusstörungen		X	X	
84	Device-Embolisation		X	X	
85	Alter		X	X	
86	Frailty		X	X	
87	Hochrisiko		X	X	
88	Prognose-limitierende Zweiterkrankung		X	X	
89	Patientenwunsch		X	X	
90	Porzellan-Aorta		X	X	

		1	2	3	4
91	Malignom (nicht kurativ behandelt)		X	X	
92	sonstige		X	X	X
93	Durchleuchtungszeit		X	X	
94	Flächendosisprodukt		X	X	
95	Flächendosisprodukt nicht bekannt		X	X	
96	Kontrastmittelmenge		X	X	
97	Konversion		X	X	
98	vaskuläre Komplikation		X	X	
Postoperativer Verlauf					
99	Mediastinitis		X	X	
100	Reanimation			X	
101	Myokardinfarkt		X		
102	Low Cardiac Output			X	
103	Revisionseingriff / Grund			X	
104	respiratorische Insuffizienz			X	
105	Zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung			X	X
106	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X	X
107	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X	
108	Psychosyndrom			X	
109	arterielle Gefäßkomplikation		X	X	X
110	Gefäßruptur		X	X	
111	Dissektion		X	X	
112	Blutung		X	X	
113	Hämatom		X	X	
114	Ischämie		X	X	
115	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X	
116	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X	
117	postoperative Nierenersatztherapie im Verlauf			X	
Bei Ende der Behandlung					
118	Herzrhythmus bei Entlassung			X	
119	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator			X	
Entlassung/Verlegung					
120	Entlassungsdiagnose(n)		X	X	
121	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	

		1	2	3	4
122	Entlassungsgrund		X	X	
Nachbeobachtung/Follow-up					
123	Erhebungsdatum	X		X	
124	Status des Patienten am 30. postoperativen Tag		X	X	
125	Todesdatum		X		X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 3 Cholezystektomie

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
9	Cholestase			X	
10	sicherer Gallensteinnachweis			X	X
11	Röntgen			X	
12	Sonographie			X	
13	MRCP			X	
14	CT			X	
15	ERCP			X	X
16	Steinextraktion			X	
17	sonstige			X	X
18	akute Entzündungszeichen		X	X	X
19	klinischen Befund			X	
20	Leukozytose			X	
21	Temperaturerhöhung			X	
22	Sonographie			X	
23	extrahepatische Cholestase			X	X
24	Abklärung erfolgt			X	X
25	Röntgen			X	
26	Sonographie			X	
27	ERCP			X	
28	MRCP			X	
29	CT			X	

		1	2	3	4
30	sonstige			X	X
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
Operation					
32	medikamentöse Thromboseprophylaxe			X	
33	OP-Datum	X		X	
34	Operation	X	X	X	
35	Operationstechnik nach NOTES/NOS			X	X
36	angewandte Operationstechnik bei NOTES/NOS			X	
37	intraoperative Gallengangsuntersuchung			X	
38	Dauer des Eingriffs			X	
39	Gallenblasenstein(e)			X	
40	Gallengangsstein(e)		X	X	X
41	operativ in gleicher Sitzung entfernt			X	
42	belassen			X	
43	Hydrops			X	
44	akute Entzündung		X	X	
45	Empyem		X	X	
46	Gallenblasenperforation		X	X	
47	Schrumpfgallenblase		X	X	
48	sonstiges			X	X
49	histologischer Befund veranlasst			X	
Verlauf					
50	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)		X	X	X
51	Blutung		X	X	
52	Okklusion oder Durchtrennung des DHC		X	X	
53	sonstige revisionsbedürftige Verletzungen		X	X	X
54	Zystikusstumpfinsuffizienz		X	X	
55	Residualstein im Gallengang			X	
56	sonstige		X	X	X
57	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)		X	X	X
58	Pneumonie			X	
59	kardiovaskuläre Komplikation(en)			X	

		1	2	3	4
60	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			X	
61	Lungenembolie			X	
62	Harnwegsinfektion			X	
63	sonstige			X	X
64	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
Entlassung					
65	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
66	Entlassungsdiagnose(n)	X			
67	Entlassungsgrund		X	X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 4 Pflege: Dekubitusprophylaxe

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X		X	
7	Geschlecht	X			
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
9	Aufnahmegrund			X	
10	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
11	Entlassungsgrund			X	
Dekubitus					
12	wievielter Dekubitus?	X			X
13	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus		X		
14	Seitenlokalisation		X		
15	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X		
16	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")			X	
Risikofaktoren					
17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2		X	X	
18	Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus		X		
19	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie		X		
20	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen		X		
21	Beatmungstunden \geq 1 Stunde		X		
22	Dauer der Beatmung		X		

Leistungsbereich 5 Geburtshilfe

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen Mutter	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer Mutter	X		X	
4	Fachabteilung Mutter	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten Mutter	X		X	
6	Kliniknummer Mutter			X	
7	Geburtsnummer				X
8	Anzahl Mehrlinge		X	X	
Basisdokumentation-Mutter					
9	Geburtsdatum der Schwangeren	X	X	X	
10	Aufnahmedatum	X	X	X	
11	Aufnahmediagnose Mutter	X		X	
12	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	X			
13	Vorstationäre Behandlung			X	
14	Nachstationäre Behandlung			X	
15	5-stellige PLZ des Wohnortes				X
16	Herkunftsland: Deutschland			X	
17	Anderes Land			X	
18	Mutter alleinstehend ohne festen Partner			X	
19	Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft			X	
20	Tätigkeit der Mutter			X	
21	Anzahl vorausgegangene Schwangerschaften		X	X	X
22	Anzahl Lebendgeburten		X	X	
23	Anzahl Totgeburten		X	X	
24	Anzahl Aborte			X	
25	Anzahl Abbrüche			X	
26	Anzahl EU			X	
Jetzige Schwangerschaft					

		1	2	3	4
27	Anzahl Zigaretten pro Tag nach bekannt werden der Schwangerschaft			X	
28	Schwangere während Ss. einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt			X	
29	Ss. im Mutterpass als Risiko-Ss. dokumentiert			X	
30	Schwangerschafts-Risiken			X	X
31	Schwangerschafts-Risiko		X	X	X
32	gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der Ss. ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen			X	X
33	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend			X	
34	Indikation für stat. Aufenthalt			X	
35	SSW der Erst-Untersuchung			X	
36	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung			X	X
37	SSW der ersten Ultraschall-Untersuchung			X	
38	Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen			X	X
39	Körpergewicht bei Erstuntersuchung			X	
40	Letztes Gewicht vor Geburt			X	
41	Körpergröße		X		
42	Chorionzottenbiopsie			X	
43	Amniozentese bis unter 22+0 Wochen			X	
44	Wehen-Belastungstest			X	
45	Dopplersonographie durchgeführt			X	X
46	Indikation für Dopplersonographie			X	
47	Pathologischer Dopplerbefund			X	X
48	pathologischer Befund bei Risiko			X	
49	Zustand nach Konisation			X	
50	Zervixverschluss-OP			X	
51	Tokolyse i.v.			X	X
52	Dauer der i.v. Tokolyse			X	
53	Tokolyse oral			X	
54	Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin		X	X	X

		1	2	3	4
55	Tragzeit nach klinischem Befund		X		
56	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen			X	X
57	Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung			X	
58	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung gesichert/Verdacht auf			X	
59	SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung			X	
Angabe zur Entbindung					
60	Aufnahmeart		X	X	
61	Muttermundsweite bei Aufnahme			X	
62	Lungenreifebehandlung		X	X	
63	Lungenreifebehandlung: zuletzt am			X	
64	Aufnahme-CTG			X	
65	Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt			X	X
66	Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung			X	
67	Pathologischer Dopplerbefund			X	
68	Geburtsrisiken			X	X
69	Geburtsrisiko		X	X	
70	Medikamentöse Zervixreifung			X	
71	Geburtseinleitung			X	X
72	Indikation zur Geburtseinleitung			X	
73	Geburtseinleitung medikamentös			X	
74	Geburtseinleitung mit Amniotomie			X	
75	Wehenmittel S. p.			X	
76	Tokolyse S. p.			X	
77	Analgetika			X	
78	Akupunktur			X	
79	alternative Analgesien			X	
80	Episiotomie		X	X	
81	Plazentalösungsstörung			X	
Komplikationen bei der Mutter					
82	Damriss		X	X	
83	andere Weichteilverletzungen			X	X
84	Zervixriss als Weichteilverletzung			X	
85	Scheidenriss als			X	

		1	2	3	4
	Weichteilverletzung				
86	Labien-/Klitorisriss als Weichteilverletzung			X	
87	parakolpisches Hämatom als Weichteilverletzung			X	
88	Blutung > 1000 ml			X	
89	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht			X	
90	Hysterektomie/Laparotomie			X	
91	Eklampsie			X	
92	Sepsis			X	
93	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.			X	
94	Anämie Hb < 10 g/dl			X	
95	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen			X	X
96	Pneumonie			X	
97	kardiovaskuläre Komplikation(en)			X	
98	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			X	
99	Lungenembolie			X	
100	Harnwegsinfektion			X	
101	Wundinfektion/Abszessbildung			X	
102	Wundhämatom/Nachblutung			X	
103	sonstige Komplikation			X	X
104	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	X			
105	Weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter			X	X
106	Entlassungsgrund Mutter		X	X	
107	Entlassungsdatum Mutter	X		X	
108	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt			X	
Kind					
109	lfd. Nr. des Mehrlings	X			
110	Blasensprung vor Wehenbeginn		X	X	X
111	Datum des vorzeitigen Blasensprungs		X		
112	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs			X	
113	Zeitpunkt des vorzeitigen			X	

		1	2	3	4
	Blasensprungs nicht bekannt				
114	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung		X		X
115	Beginn der Antibiotikagabe			X	
116	CTG-Kontrolle			X	X
117	externes CTG			X	
118	internes CTG			X	
119	Blutgasanalyse Fetalblut			X	X
120	Base Excess der Fetalblutanalyse			X	
121	pH-Wert der Fetalblutanalyse			X	
122	Lage			X	
123	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt			X	
124	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen			X	
125	Aktive Pressperiode			X	
126	Anästhesien			X	X
127	Allgemeinanästhesie			X	
128	Pudendusnästhesie			X	
129	sonstige Anästhesie			X	X
130	Epi-/Periduralanästhesie			X	
131	Spinalanästhesie			X	
132	Entbindungsmodus		X		X
133	Indikation zur operativen Entbindung			X	
134	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea			X	
135	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)		X		
136	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea			X	
137	Notsektio		X		X
138	Hauptindikation bei Notsektio			X	
139	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X	
140	Hebamme			X	
141	Identifikations-Kodierung der Hebamme			X	
142	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			X	
143	Identifikations-Kodierung des Facharztes			X	

		1	2	3	4
144	Assistent in Facharzt-Weiterbildung			X	
145	Identifikations-Kodierung des Assistenten			X	
146	Pädiater vor Kindsgeburt eingetroffen		X	X	
147	Identifikations-Kodierung des Padiaters			X	
148	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen			X	
149	Identifikations-Kodierung des Padiaters			X	
Basisdokumentation - Kind					
150	Geburtsdatum des Kindes		X	X	
151	Uhrzeit der Geburt			X	
152	Geburtsdiagnose Kind			X	
153	weitere kombinierte Geburtsdiagnose Kind			X	
154	Geschlecht des Kindes			X	
155	APGAR (nach 1 min.)			X	
156	APGAR (nach 5 min.)		X	X	
157	APGAR (nach 10 min.)			X	
158	Gewicht des Kindes		X	X	
159	Länge des Kindes			X	
160	Kopfumfang des Kindes			X	
161	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	
162	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
163	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
164	Pulsoxymetrie			X	
165	Intubation			X	
166	Volumensubstitution			X	
167	Pufferung			X	
168	Maskenbeatmung			X	
169	O2-Anreicherung			X	
170	U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung			X	
171	Fehlbildung vorhanden			X	
172	Fehlbildung pränatal diagnostiziert			X	
173	Diagnose Morbidität des Kindes			X	
Bei Totgeburt					

		1	2	3	4
174	Totgeburt		X	X	X
175	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt			X	
176	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		X	X	
Entlassung/Verlegung					
177	Kind in Kinderklinik verlegt			X	
178	Kinderkliniknummer bei Verlegung des Kindes			X	
179	Fachabteilung der Kinderklinik bei Verlegung des Kindes	X			
180	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X		X	
181	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	X			
182	Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in	X		X	
183	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind	X		X	
184	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind			X	
185	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage			X	
186	Todesursache des lebendgeborenen Kindes			X	
187	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind			X	
188	Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 6 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer der Patientin	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
8	Aufnahmediagnose(n)	X			
Anamnese/Untersuchung					
9	wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthalts?				X
10	Eingriff im Rahmen der Totalerhebung	X			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
12	Vorbestrahlung im OP-Gebiet			X	
13	Voroperation im OP-Gebiet		X	X	
14	Notfall			X	
Prophylaxe					
15	medikamentöse Thromboseprophylaxe			X	
16	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
17	OP-Datum	X			
18	ungeplanter Wechsel des Zugangs			X	
19	Operation	X	X	X	
20	Dauer des Eingriffs			X	
21	Bluttransfusion			X	
Komplikationen					
22	intraoperative Komplikationen			X	X
23	Art der Komplikation		X	X	
24	postoperative Komplikation(en)			X	X
25	Art der Komplikation			X	
Histologie					

		1	2	3	4
26	postoperative Histologie		X		X
27	führender Befund		X	X	X
28	pT			X	
29	pN			X	
30	M			X	
31	G			X	
32	weitere Befunde			X	X
Blasentleerung					
33	assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden			X	X
34	wiederholte Einmalkatheterisierung			X	
35	transurethraler Dauerkatheter			X	
36	suprapubischer Dauerkatheter			X	
Entlassung					
37	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
38	Entlassungsdiagnose(n)	X		X	
39	Entlassungsgrund			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 7 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X		X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X	
Präoperative Anamnese/Klinik					
9	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
10	Stimulationsbedürftigkeit			X	
Indikation zum Aggregatwechsel					
11	Indikation zum Aggregatwechsel			X	
12	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
Operation					
13	OP-Datum	X	X	X	
14	Operation	X		X	
15	Dauer des Eingriffs		X	X	
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems					
16	System		X	X	X
17	Hersteller			X	
Vorhof					
18	Reizschwelle		X	X	
19	nicht gemessen		X	X	X
20	P-Wellen-Amplitude		X	X	
21	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
22	Reizschwelle		X	X	
23	nicht gemessen		X	X	X

		1	2	3	4
24	R-Amplitude		X	X	
25	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel (2. Sonde)					
26	Reizschwelle		X	X	
27	nicht gemessen		X	X	X
28	R-Amplitude		X	X	
29	nicht gemessen		X	X	X
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems					
30	System		X	X	
31	Jahr der Implantation		X	X	
32	nicht bekannt			X	X
33	Hersteller				
Peri- bzw. postoperative Komplikationen					
34	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
35	Asystolie			X	
36	Kammerflimmern			X	
37	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
38	postoperative Wundinfektion		X	X	X
39	CDC-Klassifikation			X	
40	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X
Entlassung					
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
42	Entlassungsgrund		X	X	
43	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Leistungsbereich 8 Herzschrittmacher-Implantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Präoperative Anamnese/Klinik					
9	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
10	führendes Symptom		X	X	
11	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X
12	Ätiologie		X	X	
13	voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
Präoperative Diagnostik					
14	Vorhofrhythmus		X	X	
15	AV-Block		X	X	
16	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	
17	Pausen außerhalb von Schlafphasen		X	X	
18	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen		X	X	
19	Ejektionsfraktion		X	X	
20	AV-Knotendiagnostik		X	X	
21	neurokardiogene Diagnostik		X	X	
22	Kammerfrequenz regelmäßig		X	X	
23	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens		X	X	
24	Nondevice-Therapie (z.B. medikamentös) ineffektiv/unzureichend		X	X	

		1	2	3	4
Operation					
25	OP-Datum	X		X	
26	Operation	X		X	
27	Vena cephalica			X	
28	Vena subclavia			X	
29	andere			X	X
30	Dauer des Eingriffs		X	X	
31	Durchleuchtungszeit		X	X	
Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)					
32	System		X	X	X
33	Hersteller			X	
Vorhof					
34	NBL-Code 1. Ziffer		X	X	
35	NBL-Code 2. Ziffer		X	X	
36	Hersteller			X	
37	Reizschwelle			X	
38	nicht gemessen			X	X
39	P-Wellen-Amplitude		X	X	
40	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
41	NBL-Code 1. Ziffer		X	X	
42	NBL-Code 2. Ziffer		X	X	
43	Hersteller			X	
44	Reizschwelle			X	
45	nicht gemessen			X	X
46	R-Amplitude		X	X	
47	nicht gemessen			X	X
Ventrikel (2. Sonde)					
48	NBL-Code 1. Ziffer		X	X	
49	NBL-Code 2. Ziffer		X	X	
50	Hersteller			X	
51	Reizschwelle			X	
52	nicht gemessen			X	X
53	R-Amplitude		X	X	
54	nicht gemessen			X	X
Peri- bzw. postoperative Komplikationen					
55	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X

		1	2	3	4
56	Asystolie			X	
57	Kammerflimmern			X	
58	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	
59	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	
60	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	
61	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
62	Sondendislokation			X	X
Ort der Sondendislokation					
63	Vorhof		X	X	
64	Ventrikel		X	X	
65	Sondendysfunktion			X	X
Ort der Sondendysfunktion					
66	Vorhof			X	
67	Ventrikel			X	
68	postoperative Wundinfektion		X	X	X
69	CDC-Klassifikation			X	
70	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X
Entlassung					
71	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
72	Entlassungsgrund		X	X	
73	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Leistungsbereich 9 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorenberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X		X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X	
Anamnese/Klinik					
9	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
10	Stimulationsbedürftigkeit			X	
11	Wundkontaminationsklassifikation			X	
Indikation zur Revision/Explantation					
12	Schrittmacher-Aggregat-Problem			X	X
13	Sondenproblem			X	X
14	Systemumwandlung			X	
15	sonstige			X	X
16	Ort der letzten Schrittmacher-Op vor diesem Eingriff		X	X	
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats					
17	Batterieerschöpfung		X	X	
18	vermutete Schrittmacherfehlfunktion		X	X	
19	Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf		X	X	
20	Pektoraliszucken		X	X	
21	Taschenhämatom		X	X	
22	Infektion		X	X	
23	anderes Taschenproblem		X	X	X
24	Aggregatperforation		X	X	
25	sonstige Indikation			X	X
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden					

		1	2	3	4
26	Vorhof		X	X	
27	Ventrikel 1. Sonde		X	X	
28	Ventrikel 2. Sonde		X	X	
Operation					
29	OP-Datum	X	X	X	
30	Operation	X	X	X	
31	Dauer des Eingriffs			X	
32	Durchleuchtungszeit			X	
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems					
Schrittmachersystems					
33	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X
34	System		X	X	X
Schrittmacher-Aggregat					
35	Art des Vorgehens		X	X	X
36	Jahr der Implantation		X		
37	nicht bekannt			X	X
38	Hersteller			X	
Schrittmachersonden					
Vorhof					
39	Art des Vorgehens		X	X	X
40	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X		
41	NBL-Code 1. Ziffer			X	
42	NBL-Code 2. Ziffer			X	
43	nicht bekannt			X	X
44	Hersteller			X	
45	Reizschwelle		X	X	
46	nicht gemessen		X	X	X
47	P-Wellen-Amplitude		X	X	
48	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
49	Art des Vorgehens		X	X	X
50	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X		
51	NBL-Code 1. Ziffer			X	
52	NBL-Code 2. Ziffer			X	
53	nicht bekannt			X	X

		1	2	3	4
54	Hersteller			X	
55	Reizschwelle		X	X	
56	nicht gemessen		X	X	X
57	R-Amplitude		X	X	
58	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel (2. Sonde)					
59	Art des Vorgehens		X	X	X
60	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X		
61	NBL-Code 1. Ziffer			X	
62	NBL-Code 2. Ziffer			X	
63	nicht bekannt			X	X
64	Hersteller			X	
65	Reizschwelle		X	X	
66	nicht gemessen		X	X	X
67	R-Amplitude		X	X	
68	nicht gemessen		X	X	X
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems					
Schrittmachersystems					
69	System		X	X	
Schrittmacher-Aggregat					
70	Art des Vorgehens		X	X	X
71	Jahr der Implantation		X		
72	nicht bekannt			X	X
73	Hersteller			X	
Schrittmachersonden					
Vorhof					
74	Art des Vorgehens		X	X	X
75	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X	X	
76	NBL-Code 1. Ziffer			X	
77	NBL-Code 2. Ziffer			X	
78	nicht bekannt			X	X
79	Hersteller			X	
Ventrikel					
80	Art des Vorgehens		X	X	X
81	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X		

		1	2	3	4
82	NBL-Code 1. Ziffer			X	
83	NBL-Code 2. Ziffer			X	
84	nicht bekannt			X	X
85	Hersteller			X	
Ventrikel (2. Sonde)					
86	Art des Vorgehens		X	X	X
87	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde		X	X	
88	NBL-Code 1. Ziffer			X	
89	NBL-Code 2. Ziffer			X	
90	nicht bekannt			X	X
91	Hersteller			X	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen					
92	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
93	Asystolie			X	
94	Kammerflimmern			X	
95	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	
96	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	
97	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	
98	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
99	Sondendislokation			X	X
Ort der Sondendislokation					
100	Vorhof		X	X	
101	Ventrikel		X	X	
102	Sondendysfunktion			X	X
Ort der Sondendysfunktion					
103	Vorhof			X	
104	Ventrikel			X	
105	postoperative Wundinfektion		X	X	X
106	CDC-Klassifikation			X	
107	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X
Entlassung					
108	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
109	Entlassungsgrund		X	X	

		1	2	3	4
110	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 10 Herztransplantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdaten Empfänger					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Empfänger ID	X		X	X
7	Geburtsdatum	X		X	
8	Geschlecht	X		X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
11	Grunderkrankung			X	
12	Blutgruppe			X	
13	Rhesusfaktor			X	
14	wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
Empfängerdaten					
15	PRA			X	
Risikoprofil					
16	Dringlichkeit			X	
17	Retransplantation	X			X
18	Datum der letzten Herztransplantation	X			X
19	andere thorakale Voroperation			X	X
20	Koronarchirurgie			X	
21	Klappenchirurgie			X	
22	Reparatur angeborener Vitien			X	
23	Assist Device/TAH			X	X
24	sonstige			X	X
25	Anzahl aller Voroperationen am Herzen			X	
26	Datum der letzten thorakalen Voroperation				X

		1	2	3	4
27	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung			X	X
28	Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung				X
29	Lungengefäßwiderstand Wert			X	
30	Beatmung			X	
31	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X	
32	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X	
33	Diabetes mellitus			X	
34	Hepatitis B			X	
35	Hepatitis C			X	
Immunsuppression initial					
36	Induktionstherapie			X	
37	Cyclosporin			X	
38	Tacrolimus			X	
39	Azathioprin			X	
40	Mycophenolat			X	
41	Steroide			X	
42	m-ToR-Inhibitor			X	
43	andere			X	X
Spenderdaten					
44	Spender ID	X		X	X
45	Spenderalter			X	
46	Geschlecht			X	
47	Körpergröße			X	
48	Körpergewicht			X	
Befunde Spender					
49	Blutgruppe			X	
50	Rhesusfaktor			X	
51	Todesursache			X	
52	Katecholamintherapie			X	
53	CK-Wert			X	
54	CK-MB-Wert			X	
55	Herzstillstand			X	
56	hypotensive Periode			X	
57	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
58	Einsatz des Organ Care System (OCS)		X		X

		1	2	3	4
59	Kategorie des Spenderorgans		X		
60	Datum der Organentnahme		X		
61	Hämatokrit (Hk)		X		
OP-Datum					
62	OP-Datum	X	X	X	
63	Operation	X		X	
64	Abbruch der Transplantation			X	
65	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation			X	
66	kalte Ischämiezeit			X	
Postoperativer Verlauf					
67	Cyclosporin			X	
68	Tacrolimus			X	
69	Azathioprin			X	
70	Mycophenolat			X	
71	Steroide			X	
72	m-ToR-Inhibitor			X	
73	andere			X	X
74	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen			X	
75	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt			X	X
Entlassung Empfänger					
76	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
77	Entlassungsdiagnose(n)			X	
78	Entlassungsgrund		X	X	X
79	Todesursache(n) akut			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Empfänger ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X		X	
8	Datum der letzten Transplantation		X		
9	Datum Follow-Up-Erhebung		X		
10	Art der Follow-Up-Erhebung			X	

		1	2	3	4
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation		X		
12	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	X
13	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	
Gegenwärtige Immunsuppression					
14	Cyclosporin			X	
15	Tacrolimus			X	
16	Azathioprin			X	
17	Mycophenolat			X	
18	Steroide			X	
19	m-ToR-Inhibitor			X	
20	andere			X	X
Tod des Empfängers					
21	Patient verstorben			X	X
22	Todesdatum			X	
23	Todesursache(n) im Verlauf			X	

Leistungsbereich 11 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
9	Wievielte Endoprothesenimplantation während des Aufenthaltes?				X
10	Implantation betrifft das Hüftgelenk				X
Präoperative Anamnese					
11	Schmerzen		X	X	
12	Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah		X	X	
Präoperative Diagnostik					
13	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
14	Extension/Flexion 1		X	X	
15	Extension/Flexion 2		X	X	
16	Extension/Flexion 3		X	X	
17	Ab-/Adduktion 1		X	X	
18	Ab-/Adduktion 2		X	X	
19	Ab-/Adduktion 3		X	X	
20	Außen-/Innenrotation 1		X	X	
21	Außen-/Innenrotation 2		X	X	
22	Außen-/Innenrotation 3		X	X	
Kellgren und Lawrence Score der Koxarthrose (modifiziert)					
23	Osteophyten		X	X	
24	Gelenkspalt		X	X	

		1	2	3	4
25	Sklerose		X	X	
26	Deformierung		X	X	
Befunde					
27	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
28	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
29	OP-Datum	X		X	
30	Operation	X		X	
31	Dauer des Eingriffs			X	
32	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
33	postoperatives Röntgenbild a/p			X	
34	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			X	
35	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)			X	X
36	Implantatfehlage		X	X	
37	Implantatdislokation		X	X	
38	Endoprothesenluxation		X	X	
39	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
40	Gefäßläsion		X	X	
41	Nervenschaden		X	X	
42	Fraktur		X	X	
43	sonstige			X	X
44	postoperative Wundinfektion		X	X	X
45	CDC-Klassifikation			X	
46	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
47	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
48	Extension/Flexion 1		X	X	
49	Extension/Flexion 2		X	X	
50	Extension/Flexion 3		X	X	
Postoperativer Verlauf					
51	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
52	Pneumonie		X	X	
53	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
54	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	

		1	2	3	4
55	Lungenembolie		X	X	
56	sonstige			X	X
Entlassung					
57	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
58	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
59	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
60	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
61	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
62	Entlassungsdiagnose(n)	X			
63	Entlassungsgrund		X	X	X

Leistungsbereich 12 Hüft- Endoprothesenwechsel und -komponetenwechsel

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
9	Wievielter Endoprothesenwechsel während dieses Aufenthaltes				X
10	Wechsel betrifft das Hüftgelenk				X
11	Zweizeitiger Wechsel			X	
Präoperative Anamnese					
12	Schmerzen		X	X	
Labor					
13	Entzündungszeichen im Labor		X	X	
14	Gelenkpunktion			X	
15	Erregernachweis		X	X	
Röntgendiagnostik und klinische Befunde					
16	Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß		X	X	
17	Lockerung Pfannen-Komponente		X	X	
18	Lockerung Schaft-Komponente		X	X	
19	Substanzverluste Pfanne		X	X	
20	Substanzverluste Femur		X	X	
21	periprothetische Fraktur		X	X	
22	(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation		X	X	
23	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
24	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	

		1	2	3	4
Operation					
25	OP-Datum	X		X	
26	Operation	X	X		
27	Dauer des Eingriffs			X	
28	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
29	postoperatives Röntgenbild a/p			X	
30	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			X	
31	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)			X	X
32	Implantatfehlage		X		
33	Implantatdislokation		X	X	
34	Endoprothesenluxation		X	X	
35	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
36	Gefäßläsion		X	X	
37	Nervenschaden		X	X	
38	Fraktur		X	X	
39	sonstige			X	X
40	postoperative Wundinfektion		X	X	X
41	CDC-Klassifikation			X	
42	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
Postoperativer Verlauf					
43	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
44	Pneumonie		X	X	
45	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
46	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
47	Lungenembolie		X	X	
48	sonstige			X	X
Entlassung					
49	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
50	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
51	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
52	War der Patient präoperativ			X	

		1	2	3	4
	selbstständig in der täglichen Hygiene?				
53	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
54	Entlassungsdiagnose(n)	X			
55	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 13 Hüftgelenknahe Femurfraktur

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
9	Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus		X	X	
Patient					
10	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
11	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
12	Frakturlokalisierung		X	X	X
13	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	
14	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
15	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
16	Art der Medikation			X	
Operation					
17	OP-Datum	X	X	X	
18	Uhrzeit OP-Beginn		X	X	
19	Operation	X		X	
20	Dauer des Eingriffs			X	
21	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
22	Operationsverfahren		X	X	
Verlauf					
23	postoperatives Röntgenbild a/p			X	
24	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			X	
25	behandlungsbedürftige intra-			X	X

		1	2	3	4
	/postoperative chirurgische Komplikation(en)				
26	Implantatfehlage		X	X	
27	Implantatdislokation		X	X	
28	Endoprothesenluxation		X	X	
29	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
30	Gefäßläsion		X	X	
31	Nervenschaden		X	X	
32	Fraktur		X	X	
33	sonstige			X	X
34	postoperative Wundinfektion		X	X	X
35	CDC-Klassifikation			X	
36	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
37	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
38	Pneumonie		X	X	
39	kardiovaskuläre Komplikation(en)			X	X
40	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
41	Lungenembolie		X	X	
42	sonstige			X	X
Entlassung					
43	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
44	War der Patient vor der Fraktur selbständig gehfähig?		X	X	
45	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
46	War der Patient vor der Fraktur selbständig in der täglichen Hygiene?			X	
47	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
48	Entlassungsdiagnose(n)	X	X	X	
49	Entlassungsgrund		X	X	X

Leistungsbereich 14 Karotis-Revaskularisation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Klinische Diagnostik					
9	Karotisläsion rechts		X		X
10	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X	X
11	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	
12	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	
13	Karotisläsion links		X		X
14	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	X
15	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	
16	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	
17	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
Apparative Diagnostik					
18	Duplexsonographie			X	
19	transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie			X	
20	intraarterielle digitale			X	

		1	2	3	4
	Subtraktionsangiographie				
21	Spiral-CT-Angiographie			X	
22	Magnetresonanztomographie			X	
23	kraniale Computertomographie			X	X
24	kraniale Magnetresonanztomographie			X	
25	morphologischer Befund rechte Hemisphäre unauffällig			X	X
26	lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie			X	
27	häodynamischer Infarkt			X	
28	territorialer Infarkt			X	
29	morphologischer Befund linke Hemisphäre unauffällig			X	X
30	lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie			X	
31	häodynamischer Infarkt			X	
32	territorialer Infarkt			X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET)		X		
34	Stenosegrad links (nach NASCET)		X		
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
36	exulzierende Plaques		X	X	
37	Aneurysma		X	X	
38	symptomatisches Coiling		X	X	
39	Mehretagenläsion		X	X	
40	sonstige			X	X
41	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
42	exulzierende Plaques		X	X	
43	Aneurysma		X	X	
44	symptomatisches Coiling		X	X	
45	Mehretagenläsion		X	X	
46	sonstige			X	X
47	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?			X	X
48	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)			X	
Eingriff / Prozedur					
49	wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?			X	X
50	Datum des Eingriffs	X		X	

		1	2	3	4
51	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		X	X	
52	Indikation		X		X
53	Art der Komplikation			X	
54	therapierte Seite		X	X	X
55	wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?			X	X
56	Prozedur(en)		X		X
57	Art des Eingriffs		X	X	
58	präprozedurale fachneurologische Untersuchung			X	
59	medikamentöse Thromboseprophylaxe			X	
60	Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern			X	X
61	Welche Thrombozytenaggregationshemmer?			X	
62	präprozedurale Lyse			X	
Verlauf der Prozedur					
63	Neuro-Monitoring			X	X
64	SEP			X	
65	EEG			X	
66	Oxymetrie			X	
67	sonstige			X	X
68	intraprozedurale Kontrolle			X	X
69	Sonographie			X	
70	Angiographie			X	
71	Doppler-Flowmetrie			X	
72	sonstige			X	X
73	Dauer des Eingriffs			X	
74	Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem		X	X	
75	Zweiteingriff am arteriellen Gefäßsystem			X	
Interventionelle / Kathetergestützte Karotis-Revaskularisation (PTA und/oder Stent)					
76	wieviele interventionelle Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes?			X	X
77	Art der Intervention			X	X
78	Protektionssystem			X	X
79	Art des Protektionssystems			X	

		1	2	3	4
80	Stent-Typ			X	
81	Stent-Design 1			X	
82	Stent-Design 2			X	
83	Medikamentenbeschichtung			X	
84	Anzahl der implantierten Stents			X	
85	intraprozedurale Lyse / Thrombektomie			X	
Offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation					
86	wievielte offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes?			X	X
87	Allgemeinanästhesie			X	
88	Loco-Regionalanästhesie			X	
89	Shunt-Einlage			X	
90	TEA			X	
91	Eversions-EA			X	
92	Karotis-Interponat			X	
93	sonstige Operationsverfahren			X	X
94	zusätzliche intraoperative Maßnahmen			X	X
95	Angioplastie			X	
96	Stent			X	
97	intraoperative Lyse			X	
98	sonstige			X	X
99	Abklemmdauer			X	
Postprozeduraler Verlauf					
100	postprozedurale Kontrolle der Strombahn			X	X
101	Doppler/Duplex			X	
102	Angiographie			X	
103	sonstige			X	X
104	postprozedurale fachneurologische Untersuchung			X	
105	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit		X	X	X
106	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	
CT/MRT-Untersuchung					
107	Untersuchung durchgeführt			X	X
108	morphologischer Befund unauffällig			X	X

		1	2	3	4
109	ischämischer Territorialinfarkt			X	
110	hämodynamischer Infarkt			X	
111	parenchymatöse Blutung			X	
112	sonstige			X	X
113	lokale Komplikationen			X	X
114	OP-pflichtige Nachblutung			X	
115	Nervenläsion als Folge des Eingriffs			X	
116	Karotisverschluss			X	
117	behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle			X	X
118	Art der behandlungspflichtigen Komplikation(en) an der Punktionsstelle			X	
119	sonstige			X	X
120	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)			X	X
121	Herzinfarkt			X	X
122	STEMI			X	
123	sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en)			X	X
124	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			X	
125	pulmonale Komplikationen			X	
126	sonstige			X	X
Entlassung					
127	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
128	Entlassungsdiagnose(n)	X	X		
129	Entlassungsgrund		X	X	X
130	Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis- Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung			X	
131	Sektion erfolgt			X	

Leistungsbereich 15 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
9	wievielte Endoprothesenimplantation während dieses Aufenthaltes				X
10	Implantation betrifft das Kniegelenk				X
Präoperative Anamnese					
11	Schmerzen		X	X	
12	Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah			X	
Röntgendiagnostik Kellgren und Lawrence Score der Arthrose (modifiziert)					
13	Osteophyten		X	X	
14	Gelenkspalt		X	X	
15	Sklerose		X	X	
16	Deformierung		X	X	
Befunde					
17	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
18	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
19	OP-Datum	X		X	
20	Operation	X		X	
21	Dauer des Eingriffs			X	
22	perioperative Antibiotikaphylaxe		X	X	
Verlauf					

		1	2	3	4
23	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			X	
24	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)			X	X
25	Implantatfehlage		X	X	
26	Implantatdislokation		X	X	
27	Patellafehlstellung		X	X	
28	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
29	Gefäßläsion		X	X	
30	Nervenschaden		X	X	
31	Fraktur		X	X	
32	sonstige				X
33	postoperative Wundinfektion		X	X	X
34	CDC-Klassifikation			X	
35	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
36	Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
37	Extension/Flexion 1		X	X	
38	Extension/Flexion 2		X	X	
39	Extension/Flexion 3		X	X	
Postoperativer Verlauf					
40	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)		X	X	X
41	Pneumonie		X	X	
42	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
43	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
44	Lungenembolie		X	X	
45	sonstige			X	X
Entlassung					
46	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
47	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
48	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
49	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
50	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	

		1	2	3	4
51	Entlassungsdiagnose(n)		X	X	
52	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 16 Knie-Endoprothesenwechsel- und komponentenwechsel

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X	X	X	
Patient					
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
9	Wievielter Endoprothesenwechsel während dieses Aufenthaltes				X
10	Wechsel betrifft das Kniegelenk				X
11	Zweizeitiger Wechsel			X	
Präoperative Anamnese					
12	Schmerzen		X	X	
Labor					
13	Entzündungszeichen im Labor		X	X	
14	Gelenkpunktion		X	X	
15	Erregernachweis		X	X	
Röntgendiagnostik und klinische Befunde					
16	Implantatwanderung/-versagen		X	X	
17	Lockerung Femur-Komponente		X	X	
18	Lockerung Tibia-Komponente		X	X	
19	Lockerung Patella-Komponente		X	X	
20	Substanzverlust Femur		X	X	
21	Substanzverlust Tibia		X	X	
22	Verschleiß der Gleitfläche		X	X	
23	periprothetische Fraktur		X	X	
24	Prothesen(sub)luxation		X	X	
25	Instabilität im Kniegelenk		X	X	
26	Zunahme der Arthrose		X	X	

		1	2	3	4
27	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
28	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
29	OP-Datum	X		X	
30	Operation	X	X		
31	Dauer des Eingriffs			X	
32	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
33	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			X	
34	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)		X	X	X
35	Implantatfehlage		X	X	
36	Implantatdislokation		X	X	
37	Patellafehlstellung		X	X	
38	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
39	Gefäßläsion		X	X	
40	Nervenschaden		X	X	
41	Fraktur		X	X	
42	sonstige			X	X
43	postoperative Wundinfektion		X	X	X
44	CDC-Klassifikation			X	
45	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
Postoperativer Verlauf					
46	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
47	Pneumonie		X	X	
48	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
49	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
50	Lungenembolie		X	X	
51	sonstige			X	X
Entlassung					
52	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
53	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
54	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X

		1	2	3	4
55	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
56	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
57	Entlassungsdiagnose(n)			X	
58	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 17 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Siehe Leistungsbereich 2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (gemeinsame Dokumentation)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 18 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikaotr-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)		X		
7	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
8	Geburtsdatum	X	X	X	
9	Geschlecht	X	X	X	
Patient					
10	diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt			X	
11	Katheterintervention vor diesem Aufenthalt			X	
12	Zustand nach koronarer Bypass-OP			X	
13	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
14	Diabetes mellitus		X	X	
15	Niereninsuffizienz		X	X	
16	akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)		X	X	X
17	stabile Angina pectoris		X	X	
18	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung		X	X	
19	kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe		X	X	
Prozedur					
20	wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X

		1	2	3	4
21	Datum der Prozedur	X			
22	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
23	kardiogener Schock		X	X	
24	Art der Prozedur		X	X	
25	Dringlichkeit der Prozedur		X		
26	Nierenfunktion gemessen		X		
Koronarangiographie					
27	wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?				X
28	führende Indikation zur Koronarangiographie		X	X	
29	Operation	X		X	
30	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
31	Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
PCI					
32	wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?		X		X
33	Indikation zur PCI		X	X	X
34	Beginn der Intervention (Schleuse liegt)			X	
35	Door-Zeitpunkt		X		
36	Balloon-Zeitpunkt		X		
37	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
38	Operation	X		X	
39	PCI an			X	
40	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
41	besonderes Merkmal		X		
42	Stent(s) implantiert			X	
43	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	X
44	wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)		X		
Prozedurdaten					
45	Flächendosisprodukt bekannt		X		X
46	Flächendosisprodukt		X	X	
47	Durchleuchtungszeit		X		X
48	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	

		1	2	3	4
Ereignisse während der Prozedur					
49	intraprozedural auftretende Ereignisse		X		X
50	intraprozedurale Ereignisse		X		
Verlauf					
51	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	
52	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	
53	postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß		X		
54	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X		
55	schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle		X		X
56	Therapie der Blutung an der Punktionsstelle intraprozedurale Ereignisse		X		
57	Gefäßthrombose (punktionsnah)		X		
58	Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)		X		
59	sonstige prozedural festgestellte Ereignisse			X	X
60	Tod		X	X	
61	Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen?		X	X	
Entlassung					
62	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
63	Entlassungsgrund		X	X	
64	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) ICD-10-GM		X	X	

Leistungsbereich 19 Koronarchirurgie, isoliert

Siehe Leistungsbereich 2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (gemeinsame Dokumentation)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 20 Mammachirurgie

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer der Patientin	X		X	
6	Geburtsdatum	X		X	
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
9	Aufnahmediagnose(n)	X			
Präoperative Diagnostik und Therapie					
10	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
11	betroffene Brust / Seite				X
12	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X
13	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung		X		X
14	tastbarer Mammabefund		X	X	
15	Anlass der Diagnosesstellung bekannt			X	X
16	Selbstuntersuchung			X	
17	Früherkennung			X	X
18	Mammographie-Screening-Programm			X	
19	Tumorsymptomatik			X	
20	Nachsorge			X	
21	sonstiges			X	X
22	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		X	X	
23	Histologie			X	X
24	maligne Neoplasie			X	
25	Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes		X		

		1	2	3	4
26	prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung			X	X
27	Datum der Therapieplanung			X	
28	präoperative tumorspezifische Therapie		X	X	X
29	systemische Chemotherapie			X	
30	endokrine Therapie			X	
31	spezifische Antikörpertherapie			X	
32	Strahlentherapie			X	
33	sonstige			X	X
Operation					
34	wievielter marmachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthalts?		X		X
35	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren			X	X
36	Mammographie		X	X	X
37	intraoperatives Präparatröntgen		X	X	
38	Sonographie		X	X	X
39	intraoperative Präparatsonographie		X	X	
40	MRT			X	
41	OP-Datum	X	X		
42	Operation	X		X	X
43	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt			X	
44	perioperative Antibiotikaprophylaxe			X	
Komplikationen					
45	behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen			X	X
46	Wundinfektion			X	
47	Nachblutung/Hämatom			X	
48	Serom			X	
49	sonstige			X	X
Histologie und Staging					
50	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde		X	X	X
51	maligne Neoplasie		X	X	X
52	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X

		1	2	3	4
53	weitere Therapieempfehlung			X	
54	pT		X	X	
55	pN		X	X	X
56	Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten		X	X	
57	Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			X	X
58	Grading			X	
59	GesamttumorgroÙe			X	
60	Grading (WHO)			X	
61	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus			X	
62	HER-2.neu-Status			X	
63	histologisch gesicherte Multizentrität			X	
64	Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand		X	X	X
65	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand			X	
66	Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde		X	X	
Art der erfolgten Therapie					
67	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X	
68	axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
69	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	X
70	Radionuklidmarkierung			X	
71	Farbmarkierung			X	
Weiterer Behandlungsverlauf					
72	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			X	
73	postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			X	X
74	Datum des Gespräches mit Patientin			X	
75	Erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister?			X	

		1	2	3	4
Entlassung					
76	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
77	Entlassungsdiagnose(n)	X		X	
78	Entlassungsgrund			X	X
79	Sektion erfolgt			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 21 Lebertransplantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdaten Empfänger					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Empfänger ID	X		X	X
7	Geburtsdatum	X	X	X	
8	Geschlecht	X		X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
11	Indikation zur Lebertransplantation		X	X	
12	wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X
Empfängerdaten					
13	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status			X	
14	Bilirubin i. S. in mg/dl		X		
15	Bilirubin i. S. in µmol/l		X		
16	Kreatininwert i. S. in mg/dl		X		
17	Kreatininwert i. S. in µmol/l		X		
18	INR (International Normalized Ratio)		X		
19	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren		X		
20	labMELD			X	
21	matchMELD zugewiesen			X	X
22	matchMELD			X	
23	Begründung für matchMELD			X	X
24	standard exception			X	
Spenderdaten					
25	Spendertyp			X	
26	Spenderalter			X	

		1	2	3	4
Operation					
27	OP-Datum	X	X	X	
28	Operation	X		X	
29	Retransplantation			X	X
30	Datum der letzten Lebertransplantation			X	
31	Abbruch der Transplantation			X	
32	kombinierte Transplantation			X	
33	Spenderorgan			X	
34	kalte Ischämiezeit (Stunden)			X	
35	kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten)			X	
Entlassung Empfänger					
36	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
37	Entlassungsdiagnose(n)			X	
38	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
39	Entlassungsgrund		X	X	X
40	Todesursache			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Empfänger ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X		X	
8	Datum der Transplantation		X		
9	Datum Follow-up-Erhebung		X		
10	Art der Follow-up-Erhebung			X	
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X			
Tod des Empfängers					
12	Patient verstorben		X		X
13	Todesdatum		X		
14	Todesursache			X	
15	HCC vor Transplantation			X	X
16	HCC-Rezidiv			X	
17	Retransplantation			X	X

		1	2	3	4
18	Datum der Retransplantation			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 22 Leberlebendspende

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Spender ID	X		X	X
7	Geburtsdatum	X		X	
8	Geschlecht	X		X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
Operation					
11	OP-Datum	X	X	X	
12	Operation	X		X	
Resezierte Lebersegment					
13	Segment I			X	
14	Segment II			X	
15	Segment III			X	
16	Segment IV			X	
17	Segment V			X	
18	Segment VI			X	
19	Segment VII			X	
20	Segment VIII			X	
21	Gewicht entnommene Leber			X	
Verlauf					
22	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)		X	X	X
23	Blutung			X	
24	Gallenwegskomplikation			X	
25	sekundäre Wundheilung			X	
26	Ileus			X	
27	akutes Leberversagen			X	

		1	2	3	4
28	sonstige eingriffsspezifische Komplikationen			X	X
29	operative Revision erforderlich?			X	
30	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		X	X	X
31	Dominotransplantation		X	X	
32	allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)		X	X	X
33	Thrombose			X	
34	Lungenembolie			X	
35	Pneumonie			X	
36	sonstige allgemeine Komplikationen			X	X
37	Erythrozytenkonzentrat(e)			X	
38	FFP			X	
Entlassung					
39	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
40	Entlassungsdiagnose(n)			X	
41	Entlassungsgrund		X	X	X
42	Tod im Zusammenhang mit der Leberlebendspende			X	
43	Sektion erfolgt			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Spender ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X		X	
8	Datum der Leberlebendspende	X			
9	Datum Follow-up-Erhebung	X			
10	Art der Follow-up-Erhebung			X	
11	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X			
12	Spender verstorben		X		X
13	Todesdatum		X		
14	Bilirubin i. S. in mg/dl		X		
15	Bilirubin i. S. in µmol/l		X		
16	Gamma-GT		X		

		1	2	3	4
17	eingriffsspezifische operative Komplikation(en)			X	X
18	Gallenwegskomplikation			X	
19	Narbenhernie			X	
20	leberbezogene Komplikationen			X	
21	intraabdominelle Komplikationen			X	
22	sonstige eingriffsspezifische Komplikationen			X	X
23	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich		X		X
24	Datum der letzten Transplantation		X		

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereiche 23 Nierentransplantation und 26 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
(gemeinsame Dokumentation)

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdaten Empfänger					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Empfänger ID	X		X	X
7	Geburtsdatum	X	X	X	
8	Geschlecht	X	X	X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
Empfängerdaten					
11	zugrunde liegende Nierenerkrankung			X	
12	Vorerkrankungen			X	X
13	Diabetes mellitus			X	
14	Dauer des Diabetes			X	
15	Nierenersatztherapie			X	X
16	Beginn der Nierenersatztherapie				
17	Blutgruppe			X	
18	wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?			X	X
19	durchgeführte Transplantation		X	X	X
20	Einzel- oder Doppeltransplantation			X	
Spenderdaten					
21	Spendertyp		X	X	X
22	Spender ID	X		X	X
23	Spenderalter			X	
24	Geschlecht			X	
25	Blutgruppe			X	
26	Kreatinin i.S. in mg/dl			X	
27	Kreatinin i.S. in µmol/l			X	

		1	2	3	4
28	Todesursache			X	
Operation					
29	OP-Datum	X	X		
30	Operation	X		X	
31	Abbruch der Transplantation			X	
32	Retransplantation Niere				X
33	wievielte Nierentransplantation			X	X
34	Datum der letzten Nierentransplantation	X			
35	Retransplantation Pankreas				X
36	wievielte Pankreastransplantation			X	X
37	Datum der letzten Pankreastransplantation	X			
Postoperativer Verlauf					
38	Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		X	X	X
39	Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats			X	X
40	Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme		X	X	X
41	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)		X	X	X
42	Blutung			X	
43	Reoperation erforderlich			X	
44	sonstige Komplikation			X	X
45	Relaparotomie erforderlich			X	X
46	Ursache für die Relaparotomie			X	
47	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		X	X	X
48	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats			X	
49	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere		X	X	
50	akute behandlungsbedürftige Rejektion Pankreas			X	
Entlassung Empfänger					
51	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X	
52	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X	
53	Patient bei Entlassung insulinfrei?		X	X	
54	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	

		1	2	3	4
55	Entlassungsdiagnose(n)			X	
56	Entlassungsgrund		X	X	X
57	Todesursache			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Empfänger ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X		X	
8	durchgeführte Transplantation		X	X	X
9	Datum der letzten Transplantation	X	X		
10	Datum Follow-up-Erhebung	X	X		
11	Art der Follow-up-Erhebung			X	
12	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation			X	
13	Patient verstorben		X	X	X
14	Todesdatum	X	X		
15	Todesursache			X	
16	Transplantatversagen Niere			X	X
17	Datum Transplantatversagen Niere	X	X		
18	Ursache Transplantatversagen Niere			X	
19	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X	
20	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X	
21	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere		X	X	
22	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?			X	X
23	Beginn der Insulintherapie		X	X	
24	Ursache des Transplantatversagens Pankreas		X	X	
25	Entnahme des Pankreastretransplantats erforderlich			X	

Leistungsbereich 24 Nierenlebendspende

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Spender ID	X		X	X
7	Geburtsdatum	X	X	X	
8	Geschlecht	X	X	X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
11	Hypertonie präoperativ			X	
12	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X	
13	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X	
Operation					
14	OP-Datum	X	X	X	
15	Operation	X		X	
16	Dauer des Eingriffs			X	
Verlauf					
17	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)		X	X	X
18	Blutung			X	
19	Reoperation erforderlich			X	
20	sonstige Komplikationen			X	X
Entlassung					
21	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X
22	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X	
23	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X	
24	Albumin i. U.			X	
25	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.			X	
26	arterielle Hypertonie			X	

		1	2	3	4
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
28	Entlassungsdiagnose(n)			X	
29	Entlassungsgrund		X	X	X
30	Todesursache			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Spender ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X			
8	Datum der Nierenlebendspende	X			
9	Datum Follow-up-Erhebung	X			
10	Art der Follow-up-Erhebung			X	
11	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende			X	
12	Spender verstorben		X	X	X
13	Todesdatum	X		X	
14	Spender dialysepflichtig?		X	X	X
15	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X	
16	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$		X	X	
17	Albumin i. U.			X	
18	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.			X	
19	arterielle Hypertonie		X	X	

Leistungsbereich 25 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdaten Empfänger					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X	
5	Fachabteilung	X		X	
6	Empfänger ID	X			X
7	Geburtsdatum	X		X	
8	Geschlecht	X		X	
9	Körpergröße			X	
10	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
11	Grunderkrankung			X	
12	Blutgruppe			X	
13	wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X
Empfängerdaten					
14	Dringlichkeit			X	
15	LAS (Lung Allocation Score)			X	
16	thorakale Voroperation			X	
17	Beatmung präoperativ			X	
18	Induktionstherapie			X	
19	Cyclosporin			X	
20	Tacrolimus			X	
21	Azathioprin			X	
22	Mycophenolat			X	
23	Steroide			X	
24	m-ToR-Inhibitor			X	
25	andere			X	X
Spenderdaten					
26	Spender ID	X		X	X
27	Spenderalter			X	
28	Blutgruppe			X	

		1	2	3	4
29	Beatmungsdauer			X	
30	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
Operation					
31	Datum der Transplantation	X	X	X	
32	Operation	X		X	
33	Abbruch der Transplantation			X	
34	Retransplantation	X			X
35	Datum der letzten Transplantation			X	
36	Transplantationsart			X	X
37	simultane Operationen			X	
38	Gesamtischämiezeit			X	
39	Cyclosporin			X	
40	Tacrolimus			X	
41	Azathioprin			X	
42	Mycophenolat			X	
43	Steroide			X	
44	m-ToR-Inhibitor			X	
45	andere			X	X
46	Patient bei Entlassung tracheotomiert				X
47	FEV1 (prädiktiver Wert in %)			X	
Entlassung Empfänger					
48	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
49	Entlassungsdiagnose(n)			X	
50	Entlassungsgrund		X	X	X
51	Todesursache(n) akut			X	
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X			
4	Fachabteilung	X			
5	Empfänger ID	X		X	X
6	Geburtsdatum	X			
7	Geschlecht	X		X	
8	Datum der letzten Transplantation		X		
9	Datum Follow-up-Erhebung		X		
10	Art der Follow-up-Erhebung			X	

		1	2	3	4
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation		X		
12	FEV 1 (höchster Wert)			X	
13	FEV 1 (aktueller Wert)			X	
Gegenwärtige Immunsuppression					
14	Cyclosporin			X	
15	Tacrolimus			X	
16	Azathioprin			X	
17	Mycophenolat			X	
18	Steroide			X	
19	m-ToR-Inhibitor			X	
20	andere			X	X
21	Patient verstorben		X		X
22	Todesdatum		X		
23	Todesursache(n) im Verlauf			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 26 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Siehe Leistungsbereich 23 Nierentransplantation (gemeinsame Dokumentation)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 27 Neonatologie

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X	X	X	
5	Versorgungsstufe der aufnehmenden Abteilung			X	
6	Identifikationsnummer des Kindes	X			
7	Geschlecht	X	X	X	
8	Mehrlingsgeburt			X	X
9	Anzahl Mehrlinge			X	
10	laufende Nummer des Mehrlings			X	
11	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin			X	
12	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
13	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)			X	
14	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X	
15	Uhrzeit der Geburt			X	
16	Gewicht des Kindes bei Geburt		X	X	X
17	Wo wurde das Kind geboren?		X	X	X
18	Transport zur Neonatologie		X		
19	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen			X	X
20	Grund für palliative Versorgung			X	
Aufnahme					
21	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)		X		
22	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)			X	
23	Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung			X	
24	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische			X	

		1	2	3	4
	Fachabteilung)				
25	Aufnahme ins Krankenhaus von		X		X
26	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses			X	
27	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses			X	
28	Fachabteilung des externen Krankenhauses			X	
29	ausländisches Institutskennzeichen			X	
30	Gewicht bei Aufnahme			X	X
31	Kopfumfang bei Aufnahme			X	
32	Körpertemperatur bei Aufnahme		X	X	
Diagnostik/Therapie					
33	Fehlbildungen		X	X	X
34	Art der Fehlbildung			X	
35	größtes Basendefizit			X	
36	Max. FiO2			X	
37	Min. FiO2			X	
38	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X
39	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X		
40	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	
41	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden		X	X	X
42	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X		X
43	ROP-Status bei Aufnahme			X	
44	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 15 Minuten)			X	X
45	Beginn		X		
46	endgültige Beendigung		X		
47	Beatmung (von mehr als 15 Minuten) durchgeführt		X	X	X
48	Beginn			X	
49	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung			X	
50	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe			X	
51	Pneumothorax		X	X	
52	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	

		1	2	3	4
53	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X		X
54	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X		
55	Sepsis/SIRS			X	X
56	Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt			X	
57	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt		X	X	X
58	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt		X	X	
59	Pneumonie			X	X
60	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt			X	
61	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt			X	
62	Antibiotikatherapie, systemisch			X	
63	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) (Stadium II oder III)		X		
64	Neugeborenen-Hörscreening		X	X	
Operation(en) und Prozeduren					
65	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes			X	X
66	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)			X	
67	OP einer NEC (nekrotisierende Enterokolitis)		X	X	
68	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)			X	
Entlassung/Verlegung					
69	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X		
70	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt				X
71	Körpergewicht bei Entlassung			X	
72	Kopfumfang bei Entlassung		X		
73	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf			X	
74	Entlassungsgrund		X	X	X
75	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	X			
76	Obduktion				X
77	Todesursache				X

		1	2	3	4
78	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	X	X		

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 28 Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Präoperative Anamnese/Klinik					
9	Herzinsuffizienz		X	X	
10	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
11	linksventrikuläre Ejektionsfraktion		X		
12	LVEF nicht bekannt		X		X
13	Diabetes mellitus			X	
14	Nierenfunktion		X	X	
ICD-Anteil					
15	führende Indikation für ICD-Implantation			X	
16	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X
17	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X	
18	Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)			X	
Grunderkrankung					
19	KHK		X	X	X
20	Abstand Myokardinfarkt - Implantation ICD		X	X	
21	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn		X	X	
22	Herzerkrankung		X	X	X
23	plötzliche Todesfälle in der Familie		X	X	

		1	2	3	4
24	abnorme Blutdruckreaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg \leq 20 mmHg)		X	X	
25	Septumdicke \geq 30 mm		X	X	
26	ausgeprägte rechtsventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung		X	X	
27	WPW-Syndrom		X	X	
28	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X	
29	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X	
Weitere Merkmale					
30	Kammertachykardie induzierbar		X	X	
31	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)			X	X
32	Betablocker		X	X	
33	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer		X	X	
34	Diuretika		X	X	
35	Aldosteronantagonisten		X	X	
36	Herzglykoside		X	X	
Schrittmacheranteil					
37	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
38	voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
EKG-Befunde					
39	Vorhofrhythmus		X	X	
40	AV-Block		X	X	
41	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	
42	QRS-Komplex		X	X	
Operation					
43	OP-Datum	X		X	
44	Operation	X		X	
Zugang des implantierten Systems					
45	Vena cephalica			X	
46	Vena subclavia			X	
47	andere			X	X
48	Dauer des Eingriffs		X	X	

		1	2	3	4
49	Durchleuchtungszeit		X	X	
50	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt			X	X
51	Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie ≥ 10 J			X	
ICD					
ICD-System					
52	System		X	X	X
ICD-Aggregat					
53	Hersteller			X	
54	Aggregatposition			X	
Sonden					
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)					
55	Hersteller			X	
56	Reizschwelle			X	
57	nicht gemessen			X	X
58	P-Wellen-Amplitude		X	X	
59	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
60	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden			X	X
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde					
61	Hersteller			X	
62	Defibrillations-Elektroden			X	
63	Position		X	X	
64	Reizschwelle			X	
65	nicht gemessen			X	X
66	R-Amplitude		X	X	
67	nicht gemessen		X	X	X
Zweite Ventrikelsonde					
68	Hersteller			X	
69	Position		X	X	
70	Reizschwelle			X	
71	nicht gemessen			X	X
72	R-Amplitude		X	X	
73	nicht gemessen		X	X	X
Dritte Ventrikelsonde					
74	Hersteller			X	

		1	2	3	4
75	Position		X	X	
76	Reizschwelle			X	
77	nicht gemessen			X	X
78	R-Amplitude		X	X	
79	nicht gemessen		X	X	X
Andere Defibrillationssonde(n)					
80	Hersteller			X	
81	Position			X	
Perioperative Komplikationen					
82	perioperative Komplikation(en)			X	X
83	kardiopulmonale Reanimation			X	
84	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	
85	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	
86	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	
87	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
88	revisionsbedürftige Sondendislokation			X	X
Ort der Sondendislokation					
89	Vorhof		X	X	
90	erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
91	zweite Ventrikelsonde		X	X	
92	dritte Ventrikelsonde		X	X	
93	andere Defibrillationssonde			X	X
94	revisionsbedürftige Sondendysfunktion			X	X
Ort der Sondendysfunktion					
95	Vorhof		X	X	
96	erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
97	zweite Ventrikelsonde		X	X	
98	dritte Ventrikelsonde		X	X	
99	andere Defibrillationssonde			X	X
100	postoperative Wundinfektion		X	X	X
101	CDC-Klassifikation			X	
102	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X

		1	2	3	4
Entlassung					
103	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
104	Entlassungsgrund		X	X	
105	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 29 Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Präoperative Anamnese/Klinik					
9	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
Indikation zum Aggregatwechsel					
10	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
11	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
12	Therapien abgegeben			X	
Operation					
13	OP-Datum	X		X	
14	Operation	X		X	
15	Dauer des Eingriffs		X	X	
16	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt			X	X
17	Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie > =10 J			X	
ICD					
Implantiertes ICD-System					
18	System		X	X	
Implantiertes ICD-Aggregat					
19	Hersteller			X	
Explantiertes ICD-System					
20	System		X	X	X

		1	2	3	4
Explantiertes ICD-Aggregat					
21	Jahr der Implantation		X	X	
22	nicht bekannt		X	X	X
23	Hersteller			X	
Belassene Sonden					
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)					
24	Reizschwelle		X	X	
25	nicht gemessen		X	X	X
26	P-Wellen-Amplitude		X	X	
27	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
28	Zahl der vorhandenen Ventrikelsonden			X	X
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde					
29	Position		X	X	
30	Reizschwelle		X	X	
31	nicht gemessen		X	X	X
32	R-Amplitude		X	X	
33	nicht gemessen		X	X	X
Zweite Ventrikelsonde					
34	Position		X	X	
35	Reizschwelle		X	X	
36	nicht gemessen		X	X	X
37	R-Amplitude		X	X	
38	nicht gemessen		X	X	X
Dritte Ventrikelsonde					
39	Position		X	X	
40	Reizschwelle		X	X	
41	nicht gemessen		X	X	X
42	R-Amplitude		X	X	
43	nicht gemessen		X	X	X
Perioperative Komplikationen					
44	perioperative Komplikation(en)			X	X
45	kardiopulmonale Reanimation			X	
46	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
47	postoperative Wundinfektion		X	X	X
48	CDC-Klassifikation			X	

		1	2	3	4
49	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X
Entlassung					
50	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
51	Entlassungsgrund		X	X	
52	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich 30 Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorenberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen	X	X	X	
2	Entlassender Standort	X	X	X	
3	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
4	Fachabteilung	X		X	
5	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
6	Geburtsdatum	X	X	X	
7	Geschlecht	X		X	
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Präoperative Anamnese/Klinik					
9	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
10	Wundkontaminationsklassifikation			X	
Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation					
11	Infektion		X	X	
12	Taschenproblem (exklusive Infektion)		X	X	
13	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
14	Systemumwandlung			X	
15	Sondenproblem		X	X	
16	ineffektive Defibrillation			X	
17	sonstige			X	X
18	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
19	Therapien abgegeben			X	
Operation					
20	OP-Datum	X		X	
21	Operation	X		X	
22	Dauer des Eingriffs			X	
23	Durchleuchtungszeit			X	
24	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt			X	X
25	Sicherheitsabstand Test- (oder			X	

		1	2	3	4
	DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie > =10 J				
ICD					
ICD-System					
26	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	
ICD-Aggregat					
27	Art des Vorgehens			X	X
28	Hersteller			X	
29	Aggregatposition			X	
30	explantiertes System			X	
31	explantiertes Aggregat: Jahr der Implantation		X	X	
32	nicht bekannt				X
33	Hersteller des explantierten Aggregats			X	
Sonden					
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)					
34	Art des Vorgehens		X	X	X
35	Problem		X	X	
36	Zeitabstand zur Implantation der atrialen Pace/Sense-Sonde		X		
37	Hersteller			X	
38	Reizschwelle		X	X	
39	nicht gemessen		X	X	X
40	P-Wellen-Amplitude		X	X	
41	nicht gemessen		X	X	X
Ventrikel					
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde					
42	Art des Vorgehens		X	X	X
43	Problem		X	X	
44	Zeitabstand zur Implantation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X		
45	Hersteller			X	
46	Defibrillations-Elektroden			X	
47	Position		X	X	
48	Reizschwelle		X	X	
49	nicht gemessen		X	X	X
50	R-Amplitude		X	X	
51	nicht gemessen		X	X	X

		1	2	3	4
Zweite Ventrikelsonde					
52	Art des Vorgehens		X	X	X
53	Problem		X	X	
54	Zeitabstand zur Implantation der zweiten Ventrikelsonde		X		
55	Hersteller			X	
56	Position		X	X	
57	Reizschwelle		X	X	
58	nicht gemessen		X	X	X
59	R-Amplitude		X	X	
60	nicht gemessen		X	X	X
Dritte Ventrikelsonde					
61	Art des Vorgehens		X	X	X
62	Problem		X	X	
63	Zeitabstand zur Implantation der dritten Ventrikelsonde		X		
64	Hersteller			X	
65	Position		X	X	
66	Reizschwelle		X	X	
67	nicht gemessen		X	X	X
68	R-Amplitude		X	X	
69	nicht gemessen		X	X	X
Andere Defibrillationssonde(n)					
70	Art des Vorgehens			X	X
71	Problem		X	X	
72	Zeitabstand zur Implantation anderer Defibrillationssonden		X		
73	Hersteller			X	
74	Position			X	
Weitere inaktive oder explantierte Sonden					
75	weitere inaktive/stillgelegte Sonden			X	
76	weitere explantierte Sonden			X	
Perioperative Komplikationen					
77	perioperative Komplikation(en)			X	X
78	kardiopulmonale Reanimation			X	
79	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	
80	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	

		1	2	3	4
81	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	
82	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	
83	revisionsbedürftige Sondendislokation			X	X
Ort der Sondendislokation					
84	Vorhof		X	X	
85	erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
86	zweite Ventrikelsonde		X	X	
87	dritte Ventrikelsonde		X	X	
88	andere Defibrillationssonde			X	X
89	weitere inaktive/stillgelegte Sonde			X	
90	revisionsbedürftige Sondendysfunktion			X	X
Ort der Sondendysfunktion					
91	Vorhof		X	X	
92	erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
93	zweite Ventrikelsonde		X	X	
94	dritte Ventrikelsonde		X	X	
95	andere Defibrillationssonde			X	X
96	postoperative Wundinfektion		X	X	X
97	CDC-Klassifikation			X	
98	sonstige interventionspflichtige Komplikation			X	X
Entlassung					
99	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X	X	
100	Entlassungsgrund		X	X	
101	Entlassungsdiagnose(n)			X	

Anlage 2 Verfahren mit Follow-up im Erfassungsjahr 2014

Allgemeines

Aufgrund des durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) neu eingeführten § 299 SGB V können unter bestimmten Voraussetzungen Daten von Versicherten für Zwecke der Qualitätssicherung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies ermöglicht eine Fallzusammenführung und damit eine Betrachtung im Zeitablauf (Follow-up), um beispielsweise qualitätssichernde Maßnahmen in ausgewählten Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung über den Zeitraum eines stationären Aufenthaltes hinaus einleiten zu können. Die Regelungen der Anlage 2 dienen der Erprobung von Strukturen und der Entwicklung und Erprobung von inhaltlichen Auswertungen für eine längsschnittliche Datenerhebung und -zusammenführung, insbesondere unter Einsatz eines Pseudonymisierungsverfahrens, und leisten so einen Beitrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des § 137 SGB V.

§ 1 Geltungsbereich und Zweck

Für die Leistungsbereiche Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (11), Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (12), Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (15) sowie Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (16) der Anlage 1 gelten zusätzlich für das Erfassungsjahr 2014 die Regelungen der Anlage 2, die in einer ersten Stufe neben der Erhebung der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) auch eine Erhebung patientenidentifizierender Daten für die genannten Leistungsbereiche im Krankenhaus vorsehen. Bei übereinstimmenden patientenidentifizierenden Daten werden die Datensätze der Leistungsbereiche 11 und 12 sowie 15 und 16 der Anlage 1 jeweils testweise zusammengeführt. Dieser Test dient zur Überprüfung einer grundsätzlichen technischen und inhaltlichen Machbarkeit der längsschnittlichen zukünftigen Qualitätsdatenzusammenführung.

§ 2 Verfahren im Krankenhaus

(1) ¹Für die Leistungsbereiche 11, 12, 15 und 16 der Anlage 1 sind seit dem Erfassungsjahr 2011 auch patientenidentifizierende Daten zu erfassen. ²Dies ist Bestandteil der jeweils im Juni des Vorjahres veröffentlichten Spezifikation zur Dokumentation. ³Als patientenidentifizierende Daten sind zu dokumentieren:

- (1a) Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
- (1b) Versichertennummer der Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 2 Nr. 6 SGB V
- (1c) Art der Versicherung (GKV-versichert oder nicht)
- (1d) Sofern vorhanden: Lebenslange Versichertennummer (z. B. der elektronischen Gesundheitskarte eGK)

Die Felder 2 und 4 sind alternativ anzugeben. Die zu dokumentierenden Datenfelder sind im Anhang zur Anlage 2 aufgeführt.

(2) ¹In den genannten Leistungsbereichen werden, parallel zum üblichen Verfahren, QS-Datensätze mit PID (patientenidentifizierende Daten und QS-Daten) erzeugt. ²Diese werden, solange die Regelungen der Anlage 2 gelten, nach den im Folgenden dargestellten Regelungen verschickt.

(3) ¹Der QS-Datensatz mit PID (patientenidentifizierende Daten und QS-Daten) verbleibt zunächst im Krankenhaus. ²Das in der Richtlinie geregelte Datenflussverfahren bleibt hiervon unberührt, d. h. die QS-Daten der genannten Leistungsbereiche werden im üblichen Verfahren verschickt.

(4) ¹Für den Sonderexport der QS-Datensätze mit PID der Leistungsbereiche der Anlage 2 ruft das Krankenhaus den gültigen öffentlichen Schlüssel bei der Vertrauensstelle ab, verschlüsselt mit diesem die patientenidentifizierenden Daten des QS-Datensatzes mit PID und verschickt den gesamten QS-Datensatz mit PID (QS-Daten und verschlüsselte patientenidentifizierende Daten) zusätzlich zum Datenfluss des Routineverfahrens. ²für die Datensätze eines Jahres als Sonderexport zwischen dem 01.04. und dem 31.05. an die jeweilige auf Landesebene beauftragte Stelle. ³Die auf Landesebene beauftragte Stelle erhält keinen Einblick in den verschlüsselten Teildatensatz mit den patientenidentifizierenden Daten.

§ 3 Verfahren in der auf Landesebene beauftragten Stelle

(1) ¹Die auf Landesebene beauftragte Stelle erstellt – wie im üblichen Verfahren nach der Richtlinie – für das die QS-Daten liefernde Krankenhaus ein Pseudonym. ²Die auf Landesebene beauftragte Stelle verschlüsselt die QS-Daten mit dem öffentlichen Schlüssel der Institution nach § 137a SGB V und übermittelt den QS-Datensatz mit PID (QS-Daten mit Krankenhauspseudonym und verschlüsselte patientenidentifizierende Daten) an die Vertrauensstelle.

(2) Die auf Landesebene beauftragte Stelle löscht unverzüglich nach Erhalt des Datenflussprotokolls der Institution nach § 137a SGB V und der darin bestätigten, erfolgreichen Datenübermittlung die übermittelten QS-Datensätze mit PID.

(3) Die auf Landesebene beauftragten Stellen unterstützen die Institution nach § 137a SGB V bei der Fehleranalyse, insbesondere dann, wenn dazu Kontakt mit den Krankenhäusern erforderlich sein sollte.

§ 4 Verfahren in der Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle muss den Anforderungen nach § 299 Abs. 2 SGB V genügen.

(2) Die Vertrauensstelle entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten mittels des nur ihr bekannten privaten Schlüssels und erzeugt daraus jeweils für die Leistungsbereiche 11 und 12 sowie 15 und 16 der Anlage 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik ein Patientenpseudonym.

(3) Die Vertrauensstelle kann und darf nur die patientenidentifizierenden Datenfelder entschlüsseln.

(4) Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Abs. 2 alle von der auf Landesebene beauftragten Stelle verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten, patientenidentifizierenden Daten – weiter an die Institution nach § 137a SGB V.

(5) Sie löscht unverzüglich nach der erfolgreichen Übermittlung an die Institution nach § 137a SGB V die QS-Datensätze mit PID.

§ 5 Verfahren in der Institution nach § 137a SGB V

(1) Die Institution nach § 137a SGB V nimmt die QS-Datensätze mit PID nach § 4 Abs. 4 entgegen.

(2) ¹Die Institution nach § 137a SGB V führt die QS-Datensätze mit PID anhand von identischen Patientenpseudonymen zusammen. ²Sie nimmt dabei einen Abgleich der Datenbestände des aktuellen Jahres und der Vorjahre in den genannten Leistungsbereichen vor.

(3) Die Institution nach § 137a SGB V wertet die Daten aus und überprüft sie auf Plausibilität.

(4) Die Institution nach § 137a SGB V informiert den Gemeinsamen Bundesausschuss zusammenfassend über die Anzahl der passend zusammengeführten Datensätze in den Leistungsbereichen 11 und 12 sowie den Leistungsbereichen 15 und 16 und über die mit dem Testverfahren zusammenhängenden Auffälligkeiten.

§ 6 Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen

Die auf Landesebene beauftragten Stellen müssen insbesondere die Einhaltung des Datenschutzes nach § 299 SGB V gewährleisten. Dies umfasst insbesondere, dass die Krankenkassen oder deren jeweilige Verbände keine Kenntnis von Sozialdaten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach §§ 295, 300, 301, 301a, 302 SGB V übermittelten Daten hinausgehen.

§ 7 Qualifizierte Patienteninformation

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

§ 8 Begründung der Vollerhebung

(1) ¹In den Leistungsbereichen der Anlage 1 dieser Richtlinie werden die Daten aller Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern erfasst, die von einer entsprechenden Behandlung/Prozedur betroffen sind. ²Die Regelungen der Anlage 2 erfolgen zusätzlich zu den bestehenden Regelungen dieser Richtlinie. ³Sie ergänzen die weiterhin durchgeführten Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung. ⁴Aus methodischen Gründen ist daher eine Veränderung des Datenerhebungsmodells – hier der Vollerhebung – im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens mit Follow-up nicht zulässig.

(2) Da der Zeitpunkt einer Folgeleistung sowie die Einrichtung, in der eine Folgeleistung durchgeführt wird, nicht vorhersehbar ist, kann nur durch eine Vollerhebung aller Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Leistungsbereichen gewährleistet werden, dass die personenbezogene Zusammenführung der Erstleistung mit der Folgeleistung möglich ist.

Anhang zur Anlage 2

Leistungsbereich Hüft- Endoprothesen-Erstimplantation (17.2)

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	X			
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	X			
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	X			
4	Institutionskennzeichen	X	X	X	
5	Entlassender Standort	X	X	X	
6	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
7	Fachabteilung	X		X	
8	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
9	Geburtsdatum	X	X	X	
10	Geschlecht	X	X	X	
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
12	Wieviele Endoprothesenimplantation während des Aufenthaltes?				X
13	Implantation betrifft das Hüftgelenk				X
Präoperative Anamnese					
14	Schmerzen		X	X	
15	Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah		X	X	
Präoperative Diagnostik					
16	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
17	Extension/Flexion 1		X	X	
18	Extension/Flexion 2		X	X	
19	Extension/Flexion 3		X	X	

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Ab-/Adduktion 1		X	X	
21	Ab-/Adduktion 2		X	X	
22	Ab-/Adduktion 3		X	X	
23	Außen-/Innenrotation 1		X	X	
24	Außen-/Innenrotation 2		X	X	
25	Außen-/Innenrotation 3		X	X	
Kellgren und Lawrence Score der Koxarthrose (modifiziert)					
26	Osteophyten		X	X	
27	Gelenkspalt		X	X	
28	Sklerose		X	X	
29	Deformierung		X	X	
Befunde					
30	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
31	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
32	OP-Datum	X		X	
33	Operation	X		X	
34	Dauer des Eingriffs			X	
35	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
36	postoperatives Röntgenbild a/p			X	
37	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			X	
38	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)			X	X
39	Implantatfehlage		X	X	
40	Implantatdislokation		X	X	
41	Endoprothesenluxation		X	X	
42	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
43	Gefäßläsion		X	X	
44	Nervenschaden		X	X	
45	Fraktur		X	X	
46	sonstige			X	X
47	postoperative Wundinfektion		X	X	X

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
48	CDC-Klassifikation			X	
49	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
50	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
51	Extension/Flexion 1		X	X	
52	Extension/Flexion 2		X	X	
53	Extension/Flexion 3		X	X	
Postoperativer Verlauf					
54	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
55	Pneumonie		X	X	
56	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
57	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
58	Lungenembolie		X	X	
59	sonstige			X	X
Entlassung					
60	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
61	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
62	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
63	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
64	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
65	Entlassungsdiagnose(n)	X			
66	Entlassungsgrund		X	X	X

Leistungsbereich **Hüft- Endoprothesenwechsel und -komponetenwechsel (17.3)**

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	X			
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	X			
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	X			
4	Institutionskennzeichen	X	X	X	
5	Entlassender Standort	X	X	X	
6	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
7	Fachabteilung	X		X	
8	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
9	Geburtsdatum	X	X	X	
10	Geschlecht	X	X	X	
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
12	Wievielter Endoprothesenwechsel während dieses Aufenthaltes				X
13	Wechsel betrifft das Hüftgelenk				X
14	Zweizeitiger Wechsel			X	
Präoperative Anamnese					
15	Schmerzen		X	X	
Labor					
16	Entzündungszeichen im Labor		X	X	
17	Gelenkpunktion			X	
18	Erregernachweis		X	X	
Röntgendiagnostik und klinische Befunde					
19	Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß		X	X	
20	Lockerung Pfannen-Komponente		X	X	
21	Lockerung Schaft-Komponente		X	X	
22	Substanzverluste Pfanne		X	X	

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
23	Substanzverluste Femur		X	X	
24	periprothetische Fraktur		X	X	
25	(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation		X	X	
26	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
27	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
28	OP-Datum	X		X	
29	Operation	X	X		
30	Dauer des Eingriffs			X	
31	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
32	postoperatives Röntgenbild a/p			X	
33	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			X	
34	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)			X	X
35	Implantatfehlage		X	X	
36	Implantatdislokation		X	X	
37	Endoprothesenluxation		X	X	
38	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
39	Gefäßläsion		X	X	
40	Nervenschaden		X	X	
41	Fraktur		X	X	
42	sonstige			X	X
43	postoperative Wundinfektion		X	X	X
44	CDC-Klassifikation			X	
45	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
Postoperativer Verlauf					
46	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
47	Pneumonie		X	X	
48	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
49	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
50	Lungenembolie		X	X	
51	sonstige			X	X
Entlassung					
52	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
53	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
54	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
55	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
56	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
57	Entlassungsdiagnose(n)	X			
58	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich **Knie- Totalendoprothesen-Erstimplantation (17.5)**

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	X			
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	X			
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	X			
4	Institutionskennzeichen	X	X	X	
5	Entlassender Standort	X	X	X	
6	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
7	Fachabteilung	X		X	
8	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
9	Geburtsdatum	X	X	X	
10	Geschlecht	X	X	X	
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
Patient					
12	wieviele Endoprothesenimplantation während dieses Aufenthaltes				X
13	Implantation betrifft das Kniegelenk				X
Präoperative Anamnese					
14	Schmerzen		X	X	
15	Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah			X	
Röntgendiagnostik Kellgren und Lawrence Score der Arthrose (modifiziert)					
16	Osteophyten		X	X	
17	Gelenkspalt		X	X	
18	Sklerose		X	X	
19	Deformierung		X	X	
Befunde					
20	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
21	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
22	OP-Datum	X		X	
23	Operation	X		X	
24	Dauer des Eingriffs			X	
25	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
26	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			X	
27	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)				X
28	Implantatfehlage		X	X	
29	Implantatdislokation		X	X	
30	Patellafehlstellung		X	X	
31	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
32	Gefäßläsion		X	X	
33	Nervenschaden		X	X	
34	Fraktur		X	X	
35	sonstige			X	X
36	postoperative Wundinfektion		X	X	X
37	CDC-Klassifikation			X	
38	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
39	Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt		X	X	X
40	Extension/Flexion 1		X	X	
41	Extension/Flexion 2		X	X	
42	Extension/Flexion 3		X	X	
Postoperativer Verlauf					
43	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)		X	X	X
44	Pneumonie		X	X	
45	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	
46	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
47	Lungenembolie		X	X	
48	sonstige			X	X
Entlassung					

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
49	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
50	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
51	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
52	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
53	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
54	Entlassungsdiagnose(n)		X	X	
55	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich **Knie-Endoprothesenwechsel- und komponentenwechsel (17.7)**

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	X			
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	X			
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	X			
4	Institutionskennzeichen	X	X	X	
5	Entlassender Standort	X	X	X	
6	Betriebsstätten-Nummer	X		X	
7	Fachabteilung	X		X	
8	Identifikationsnummer des Patienten	X		X	
9	Geburtsdatum	X	X	X	
10	Geschlecht	X	X	X	
Patient					
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
12	Wievielter Endoprothesenwechsel während dieses Aufenthaltes				X
13	Wechsel betrifft das Kniegelenk				X
14	Zweizeitiger Wechsel			X	
Präoperative Anamnese					
15	Schmerzen		X	X	
Labor					
16	Entzündungszeichen im Labor		X	X	
17	Gelenkpunktion		X	X	
18	Erregernachweis		X	X	
Röntgendiagnostik und klinische Befunde					
19	Implantatwanderung/-versagen		X	X	
20	Lockerung Femur-Komponente		X	X	
21	Lockerung Tibia-Komponente		X	X	
22	Lockerung Patella-Komponente		X	X	
23	Substanzverlust Femur		X	X	

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
24	Substanzverlust Tibia		X	X	
25	Verschleiß der Gleitfläche		X	X	
26	periprothetische Fraktur		X	X	
27	Prothesen(sub)luxation		X	X	
28	Instabilität im Kniegelenk		X	X	
29	Zunahme der Arthrose		X	X	
30	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
31	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
Operation					
32	OP-Datum	X		X	
33	Operation	X	X		
34	Dauer des Eingriffs			X	
35	perioperative Antibiotikaprophylaxe		X	X	
Verlauf					
36	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen			X	
37	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)		X	X	X
38	Implantatfehlage		X	X	
39	Implantatdislokation		X	X	
40	Patellafehlstellung		X	X	
41	Wundhämatom/Nachblutung		X	X	
42	Gefäßläsion		X	X	
43	Nervenschaden		X	X	
44	Fraktur		X	X	
45	sonstige			X	X
46	postoperative Wundinfektion		X	X	X
47	CDC-Klassifikation			X	
48	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich		X	X	
Postoperativer Verlauf					
49	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)			X	X
50	Pneumonie		X	X	
51	kardiovaskuläre Komplikation(en)		X	X	

		1	2	3	4
Nr.	Bogenfeld (Bezeichnung)	Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
52	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X	
53	Lungenembolie		X	X	
54	sonstige			X	X
Entlassung					
55	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich		X	X	X
56	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?		X	X	
57	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich			X	X
58	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?			X	
59	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X	
60	Entlassungsdiagnose(n)			X	
61	Entlassungsgrund		X	X	X

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.