

Richtlinie



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 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 14. Mai 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 03.06.2020 B3)
in Kraft getreten am 14. Mai 2020

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

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	Rechenregeln und Referenzbereiche sowie Erstellung und Übersendung von Auswertungen.....	7
§ 9	Datenvalidierung	7
§ 10	Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern	10
§ 11	Einleitung des Strukturierten Dialogs.....	10
§ 12	Prüfung	11
§ 13	Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	11
§ 14	Verantwortliches Gremium	12
§ 15	Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren	12
C.	Zuständigkeiten	12
§ 16	Zusammenarbeit Bundes- und Landesebene.....	12
§ 17	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).	14
§ 18	Fachgruppen.....	14
§ 19	Datenschutz und Schweigepflicht.....	14
D.	Finanzierung	15
§ 20	Leistungsvergütung.....	15
§ 21	Qualitätssicherungszuschläge.....	15
§ 22	Zahlung.....	16
§ 23	Nachweise	16
§ 24	Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleichs	17
§ 25	Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	18
Anlage 1	Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020.....	19
Anlage 2	[unbesetzt].....	132

Anlage 3	Verfahren mit Follow-up	133
§ 1	Geltungsbereich.....	133
§ 2	Zweck	133
§ 3	Datenverwendung	133
§ 4	Aufgaben im Krankenhaus	134
§ 5	Aufgaben der auf Landesebene beauftragten Stelle.....	134
§ 6	Aufgaben der Vertrauensstelle	134
§ 7	Aufgaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)	135
§ 8	Auswertung der Daten nach § 4 Absatz 1	135
§ 9	Auswertung der nach § 7 Absatz 2 zusammengeführten Daten (Follow-up-Verfahren).....	135
§ 10	Weiteres Verfahren	135
§ 11	Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen.....	136
§ 12	Anforderungen an die Vertrauensstelle	136
§ 13	Qualifizierte Patienteninformation.....	136
§ 14	Begründung der Vollerhebung.....	136

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 § 136 Abs. 1 Nr. 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,
6. Krankenhäusern mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag eine standortbezogene Qualitätssicherung zu ermöglichen.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt gem. § 136 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 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 § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind in den Anlagen 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 und zu verbessern:
 - Ergebnisqualität,
 - Indikationsstellung für die Leistungserbringung,
 - Angemessenheit der Leistung,

- Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen,
- die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

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 Krankenhausinterne 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 Leitung 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, definierte Leistungsbereiche gemäß den Anlagen 1 bis 3 zu dokumentieren. ²Das Erfassungsjahr ist das jeweilige Kalenderjahr. ³Dabei hat die Dokumentation bei nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag standortbezogen zu erfolgen. ⁴Die Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen steht als Auslöser (Ein- und/oder Ausschlusskriterien sowie die dazu gehörigen Spezifikationen, die auch die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und zur Risikostatistik enthalten) 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 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auf seiner Homepage im Internet öffentlich bekanntgemacht.

(2) ¹Über die spezifische Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen gemäß den Anlagen 1 bis 3 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 Standorten, an denen die jeweilige Leistung erbracht wird, ein bundesweites Management geboten ist. ²Die Zuordnung der Leistungsbereiche ist in der Anlage 1 dargelegt.

(3) Für die Leistungsbereiche Herzschrittmacherversorgung, Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung, Implantierbare Defibrillatoren sowie Perinatalmedizin der Anlage 1 gelten abweichend von den §§ 6 bis 8 die Regelungen der Anlage 3.

§ 6 Datenfluss beim indirekten Verfahren

(1) ¹Die erhobenen Datensätze des jeweils vorhergehenden Quartals sind bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar von allen Krankenhäusern standortbezogen in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen XML-Datenexportformat der von der Landesebene beauftragten Stelle zur Verfügung zu stellen. ²Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die von der Landesebene beauftragte Stelle überprüft die Datensätze auf Vollständigkeit und anhand der vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität. ⁴Die geprüften Datensätze werden ohne eine Leistungserbringerpseudonymisierung an das IQTIG weitergeleitet. ⁵Die Leistungserbringerpseudonymisierung erfolgt durch das IQTIG gemäß § 19 Absatz 3. ⁶Das IQTIG stellt den auf Landesebene beauftragten Stellen die Leistungserbringerpseudonyme zur Verfügung. ⁷Die von der Landesebene beauftragte Stelle informiert die Krankenhäuser über die entsprechende Weiterleitung der Datensätze an das IQTIG.

(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) Das IQTIG 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) Aufgrund der COVID-19-Pandemie wird die Verpflichtung zu den drei unterjährigen Datenlieferungen zum 15. Mai, 15. August und 15. November für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt.

§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren

(1) ¹Die erhobenen Datensätze des jeweils vorhergehenden Quartals sind bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar von allen Krankenhäusern standortbezogen in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen XML-Datenexportformat dem IQTIG zur Verfügung zu stellen. ²Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

(2) Soweit die Lieferung der Datensätze gemäß Absatz 1 in einer durch das IQTIG vorgegebenen angemessenen Frist nicht erfolgt, gelten die Datensätze als nicht dokumentiert und es greifen die Regelungen des § 24.

(3) ¹Bei Follow-Up Herztransplantationen, Leberlebendspende, Lebertransplantationen, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen, Nierenlebendspende, Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen für die Jahre 2017 bis 2019 wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des Transplantationsregisters verarbeitet, wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 des Transplantationsgesetzes vorliegt. ²Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. ³Das IQTIG löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

(4) Aufgrund der COVID-19-Pandemie wird die Verpflichtung zu den drei unterjährigen Datenlieferungen zum 15. Mai, 15. August und 15. November für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche sowie Erstellung und Übersendung von Auswertungen

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

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

(3) ¹Die von Krankenhäusern in den Leistungsbereichen mit einer bundesweiten Dokumentationspflicht für die externe stationäre Qualitätssicherung nach § 136 SGB V übermittelten Daten sind mindestens einmal jährlich standortbezogen statistisch auszuwerten und zu aussagekräftigen Übersichten, mit deren Hilfe sich das einsendende Krankenhaus für alle seine Standorte mit den Standorten weiterer Krankenhäuser vergleichen kann, zusammenzustellen. ²Angaben, die einen Rückschluss auf die Identität von weiteren teilnehmenden Krankenhäusern oder deren Standorte ermöglichen, sind zu unterlassen. ³Die Qualitätsindikatoren sind nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln, die von dem IQTIG veröffentlicht werden, auszuwerten.

(4) ¹Allen Krankenhäusern, die nach dieser Richtlinie Daten geliefert haben, sind standortbezogene statistische Auswertungen für die betreffenden Leistungsbereiche zu übersenden. ²Zuständig ist bei direkten Verfahren das IQTIG und bei indirekten Verfahren die auf Landesebene beauftragte Stelle. ³Die Daten des einsendenden Krankenhauses sind standortbezogen 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 zu dokumentierenden Qualitätssicherungsdaten sind auf ihre Validität zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren). ²Das Datenvalidierungsverfahren findet standortbezogen jährlich statt und umfasst

1. eine Statistische Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung),
2. einen gezielten Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdokumentation mit der Patientenakte wegen konkreter Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel überprüft wird und
3. ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdokumentation mit der Patientenakte überprüft wird.

(2) ¹Die Statistische Basisprüfung ist bei allen definierten Leistungsbereichen (gemäß den Anlagen 1 und 3) für festgelegte Auffälligkeitskriterien durchzuführen. ²Die in der Statistischen Basisprüfung anzuwendenden Auffälligkeitskriterien werden jährlich durch den Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag des IQTIG festgelegt. ³Sie sind bundesweit einheitlich anzuwenden. ⁴Ausgewählte Auffälligkeitskriterien der in den Vorjahren

in die Datenvalidierung einbezogenen Leistungsbereiche werden weitergeführt sowie gegebenenfalls weiterentwickelt und in die Statistische Basisprüfung einbezogen.

(3) ¹Der gezielte Datenabgleich wird bei Krankenhausstandorten durchgeführt, die bezüglich ihrer Dokumentationsqualität eine oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten aufweisen:

1. wenn bei einem Krankenhausstandort im Vorjahr im Datenabgleich Dokumentationsfehler in besonderer Häufigkeit oder Relevanz festgestellt wurden,
2. bei wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung oder
3. bei festgestellter Nicht-Dokumentation eines Sentinel Events im Vorjahr.

²Die Kriterien und die Prüfmethodik zur Bestimmung von Häufigkeit und Relevanz von Dokumentationsfehlern nach Satz 1 Nummer 1 oder von wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten nach Satz 1 Nummer 2 werden durch den Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag des IQTIG festgelegt. ³Der Datenabgleich kann darüber hinaus bei weiteren Auffälligkeiten bezüglich der Dokumentationsqualität erfolgen. ⁴Das IQTIG identifiziert bei dem Datenabgleich nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 die zu prüfenden Krankenhausstandorte und legt die abzugleichenden Fälle und zu prüfenden Datenfelder fest und teilt diese bei indirekten Verfahren bis zum 15. April des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres den auf Landesebene beauftragten Stellen mit. ⁵Das IQTIG legt bei dem Datenabgleich nach Satz 3 für die direkten Verfahren und die auf Landesebene beauftragten Stellen legen für die indirekten Verfahren die zu prüfenden Krankenhausstandorte und die abzugleichenden Fälle und zu prüfenden Datenfelder fest.

(4) ¹Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ist in der Regel bei drei Leistungsbereichen für ausgewählte Datenfelder durchzuführen. ²Die Leistungsbereiche sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag des IQTIG festzulegen. ³Dabei sollten innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren alle Leistungsbereiche mindestens einmal geprüft worden sein. ⁴Die abzugleichenden Datenfelder umfassen mindestens diejenigen Datenfelder, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren (in der Regel einschließlich der Risikoadjustierung) im jeweiligen Leistungsbereich verwendet werden. ⁵Sie werden vom IQTIG vorgeschlagen und vom Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. ⁶Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sind im indirekten Verfahren pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils fünf Prozent aller Krankenhausstandorte zu unterwerfen. ⁷Standorte mit weniger als vier Fällen in dem betroffenen Leistungsbereich werden hiervon ausgenommen. ⁸Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sind im direkten Verfahren pro Leistungsbereich mindestens fünf Prozent der Standorte zu unterwerfen. ⁹Hierbei sind je Leistungsbereich mindestens vier Standorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. ¹⁰Das IQTIG ermittelt bis zum 15. April des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres mittels eines zu dokumentierenden Zufallsverfahrens für jeden einzelnen ausgewählten Leistungsbereich die Standorte,

1. bei denen das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich durchgeführt wird sowie
2. für jeden zu prüfenden Krankenhausstandort 20 Prüffälle

und teilt diese für indirekte Verfahren unverzüglich der jeweils auf Landesebene beauftragten Stelle mit. ¹¹Liegt die Fallzahl des Standorts in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, entfällt eine Auswahl des IQTIG nach Satz 10 und es sind alle Fälle einzubeziehen.

(5) ¹Zum Abgleich der Qualitätssicherungsdaten führen die auf Landesebene beauftragten Stellen für die indirekten Verfahren bzw. das IQTIG für die direkten Verfahren mittels Einsicht in die Patientenakte eine Zweiterhebung von Qualitätssicherungsdaten für die Prüffälle nach Absatz 3 und Absatz 4 durch und vergleichen die Ergebnisse mit den zuvor vom Krankenhaus für diesen Standort übermittelten Daten. ²In Leistungsbereichen mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist für die Durchführung und Koordination der Datenvalidierung außerdem die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu beachten. ³Bei Stichprobenprüfungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 sowie beim gezielten Datenabgleich

nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 3 kann das nach § 14 verantwortliche Gremium, als die nach § 275a Absatz 3 SGB V vom G-BA hierfür bestimmte Stelle, den MDK mit dem Datenabgleich eines Krankenhausstandortes gemäß § 275a Absatz 2 Nummer 2 SGB V beauftragen. ⁴In allen Fällen, in denen eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts oder aus Gründen des für das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist, muss das nach § 14 verantwortliche Gremium, als die nach § 275a Absatz 3 SGB V vom G-BA hierfür bestimmte Stelle, den MDK mit dem Datenabgleich eines Krankenhausstandortes gemäß § 275a Absatz 2 Nummer 2 SGB V beauftragen. ⁵In diesen Fällen kann das nach § 14 verantwortliche Gremium die Beauftragung des MDK an das IQTIG oder an die auf Landesebene beauftragte Stelle delegieren. ⁶Die auf Landesebene beauftragten Stellen und das IQTIG informieren den MDK des jeweiligen Bundeslandes bis zum 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres, ob er grundsätzlich mit diesbezüglichen Prüfungen beauftragt wird. ⁷Für das Betreten des Krankenhauses durch Personen, die die Prüfungen durchführen, ist das vorherige Einverständnis des Krankenhauses einzuholen. ⁸Satz 7 gilt nicht für Prüfungen, die durch den MDK erfolgen.

(6) ¹Die Prüfung und die Dokumentation des Abgleichs der übermittelten Qualitätssicherungsdaten mit der Dokumentation in der jeweiligen Patientenakte für den gezielten Datenabgleich nach Absatz 3 und für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich nach Absatz 4 erfolgt vor Ort soweit möglich nach einheitlichen Vorgaben anhand standardisierter Programme oder Dokumente in elektronischer oder Papierform, die vom IQTIG entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. ²Sofern der MDK mit der Prüfung beauftragt wird, übermitteln bei indirekten Verfahren die auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. bei direkten Verfahren das IQTIG diesem gleichzeitig mit der Beauftragung die zu prüfenden Krankenhausstandorte, die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle, die jeweiligen von den Leistungserbringern übermittelten Datensätze und ggf. weitere erforderliche Informationen in elektronischer Form. ³Die Prüfungen sind durch den MDK innerhalb von zwölf Wochen abzuschließen. ⁴Den Krankenhäusern werden die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle spätestens 14 Tage vor dem Prüftermin durch die mit der Prüfung beauftragte Institution mitgeteilt. ⁵Die Krankenhäuser stellen der mit der Prüfung beauftragten Institution über den gesamten Prüfzeitraum vor Ort die vollständige Patientendokumentation der anhand der übermittelten Vorgangsnummern identifizierten Behandlungsfälle zur Verfügung. ⁶Nicht verfügbare Patientenakten sind zu dokumentieren und die Nicht-Verfügbarkeit ist vom Krankenhaus zu begründen. ⁷Die Prüfungen im Rahmen des Datenabgleichs sind in dem Jahr, in dem die Validierung stattfindet, bis zum 31. Oktober abzuschließen. ⁸Der Prüfbericht wird zum Abschluss der Überprüfung von der mit der Prüfung beauftragten Institution erstellt und den Krankenhäusern sowie dem IQTIG bei direkten Verfahren und den jeweiligen auf Landesebene beauftragten Stellen bei indirekten Verfahren – sofern diese nicht selbst die Prüfung durchführen - unverzüglich zur Verfügung gestellt. ⁹Das Format des bundeseinheitlichen Prüfberichts wird vom IQTIG vorgegeben.

(7) ¹Ist ein Standort nach Durchführung der Statistischen Basisprüfung gemäß Absatz 2 auffällig oder werden bei der Auswertung des Datenabgleichs nach Absatz 3 und Absatz 4 standortbezogene Auffälligkeiten festgestellt, so sind die Regelungen zum Strukturierten Dialog nach § 11 bis § 14 anzuwenden. ²Der Unterausschuss Qualitätssicherung wird auf Vorschlag des IQTIG Kriterien für das Vorliegen von erheblichen Dokumentationsmängeln festlegen. ³Bei Nachweis von erheblichen Dokumentationsmängeln gelten die Regelungen nach § 13 Absatz 3 Satz 2.

(8) ¹Berichte zu den Ergebnissen des Datenvalidierungsverfahrens sind von den auf Landesebene beauftragten Stellen und dem IQTIG im Rahmen der Berichtspflicht nach § 15 vorzulegen. ²Im Bericht nach § 15 Absatz 2 werden die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens nach einheitlichen Kriterien, die das IQTIG vorschlägt und der Unterausschuss Qualitätssicherung festlegt, bewertet und kategorisiert. ³Die Ergebnisse werden anonymisiert auf Standortebene auch leistungsbereichsbezogen und gegebenenfalls

leistungsbereichsübergreifend in diesem Bericht zusammengefasst und im Längsschnitt über drei Jahre dargestellt.

(9) Für die Veröffentlichung der Ergebnisse nach den Vorschlägen des IQTIG in dem Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gelten die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

(10) ¹Für die Datenvalidierung bis einschließlich für das Erfassungsjahr 2017 ist § 9 in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung der Richtlinie anzuwenden. ²Der durch Anhaltspunkte begründete gezielte Datenabgleich nach Absatz 3 Satz 1 wird ab dem Erfassungsjahr 2018 durchgeführt. ³Für Maßnahmen nach § 13 Absatz 3 Satz 2 sind keine Informationen des Erfassungsjahres 2017 zugrunde zu legen.

(11) Aufgrund der COVID-19-Pandemie wird das Datenvalidierungsverfahren gemäß Absatz 1 Nummer 2 und 3 für das Erfassungsjahr 2019 ausgesetzt, bis der G-BA hierzu andere Regelungen erlässt.

§ 10 Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern

(1) ¹Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich von dem IQTIG 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 Ergebnisse aller Standorte 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.

(2) ¹Es besteht der Grundsatz, dass rechnerische Auffälligkeiten zu Maßnahmen nach § 11 Absatz 2 Satz 1 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 Standorte darzustellen.

⁴Der Verzicht auf Maßnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator pro Standort ergeben, muss nicht begründet werden. ⁵Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist in jedem Fall eine Aufforderung zur Stellungnahme nach § 11 erforderlich.

§ 11 Einleitung des Strukturierten Dialogs

(1) ¹Der Strukturierte Dialog ist eine Maßnahme, bei der unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten auffällige Ergebnisse der Krankenhäuser im Dialog mit dem Krankenhaus bewertet und erforderlichenfalls weitere geeignete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und –förderung unter Beachtung der Richtlinie gemäß § 137 Absatz 1 SGB V eingeleitet werden. ²Er besteht aus einem Stellungnahmeverfahren und einer Prüfung nach § 12 sowie dem Abschluss nach § 13.

(2) ¹Ist ein Krankenhaus nach § 9 Absatz 7 oder § 10 auffällig, ist es unter Beachtung der hierfür vom IQTIG empfohlenen und vom G-BA beschlossenen Konzepte unter Beschreibung des Sachverhalts und Bezeichnung des betroffenen Standorts 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 Absatz 2 Satz 1, durch eine Mitteilung nach § 12 Absatz 1 Satz 3 oder eine Zielvereinbarung nach § 12 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 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 oder bei dringendem Verdacht auf besonders schwerwiegende Qualitätsverstöße, ist das Krankenhaus mit Darstellung des Sachverhaltes einschließlich des betroffenen Standorts bei direkten Verfahren dem Unterausschuss Qualitätssicherung und bei indirekten Verfahren dem Lenkungsgremium auf Landesebene zu benennen. ²Dies gilt auch bei erheblichen Dokumentationsmängeln gemäß § 9 Absatz 7 Satz 3. ³Zwischen Bundes- und Landesebene kann zur Koordination einer einheitlichen Vorgehensweise ein Informationsaustausch erfolgen. ⁴Das 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 § 8 Absatz 3 und 4 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 werden Expertenkommissionen (insbesondere Fachgruppen, Arbeitsgruppen) einbezogen.

(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 und in Expertenkommissionen nach Absatz 2 ein Mitberatungsrecht. ²Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gelten § 140f Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

§ 15 Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren

(1) ¹Das IQTIG und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben unter Beachtung der hierfür vom IQTIG empfohlenen und vom G-BA beschlossenen Konzepte 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 das IQTIG übersendet. ³Die zu übersendende Datenbank enthält standortbezogen alle Ergebnisse der bundeseinheitlich definierten und auf der Landesebene berechneten Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien; dies umfasst neben den rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch alle Ergebnisse zu als unauffällig bewerteten Qualitätsindikatoren. ⁴Die Spezifikation für die Übersendung nach Satz 2 wird auf der Homepage des IQTIG bis zum 30. Juni bekanntgegeben.

(2) ¹Das IQTIG 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 seiner Homepage. ²Informationen über Anpassungsbedarf von bundeseinheitlich festgelegten Referenzwerten und Qualitätsindikatoren werden unabhängig von den Berichten nach Absatz 1 kontinuierlich an das IQTIG kommuniziert.

(3) Das IQTIG 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 das IQTIG.
4. ¹Durchführung von Landesauswertungen. ²Die Landesebene kann diesbezüglich das IQTIG 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 dem IQTIG, 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 das IQTIG 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 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

(1) Das Nähere zur Zusammenarbeit mit dem IQTIG bestimmt sich nach dem Kapitel 1 Abschnitt 4 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(2) Das IQTIG berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Umsetzung der Beschlüsse zu Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 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 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 von den dafür verantwortlichen Personen und Stellen erhoben und dokumentiert werden. ³Dies gilt nicht für die patientenidentifizierenden Daten in den Leistungsbereichen nach § 5 Abs. 3. ⁴Personenbezogene Angaben oder nur auf einzelne Standorte bezogene Angaben dürfen an unbefugte Dritte nicht weitergegeben werden. ⁵Alle 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. ⁶Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt das IQTIG oder die auf Landesebene beauftragte Stelle die für Rechenmodelle zur Festlegung von Schwellenwerten für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V gemäß Beschluss erforderlichen Daten an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

(2) ¹Das IQTIG und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben die datenschutzrechtlich einwandfreie Durchführung der Erfassung, Speicherung, Auswertung

und Weiterleitung der Daten sicherzustellen. ²Auswertungsstellen auf der Bundesebene und auf der Landesebene unterstehen nicht der Weisung einzelner oder mehrerer Mitglieder der Lenkungsgruppen oder einzelner Personen in ihrer Eigenschaft als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses oder seiner Untergliederungen.

(3) ¹Das IQTIG und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben sicherzustellen, dass Entscheidungen über und die Durchführung von Maßnahmen nach den §§ 11 bis 13 auf Grundlage von in Bezug auf die Identität der Leistungserbringer pseudonymisierten Daten erfolgen. ²Dies gilt auch für die Wahrnehmung weiterer Aufgaben der Fach- und Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene gemäß § 14 Absatz 2 und § 18. ³In Fällen begründeter Erforderlichkeit besteht die Möglichkeit der De-Pseudonymisierung.

(4) ¹In den verantwortlichen Gremien nach § 14 Absatz 1 dürfen Leistungserbringer erst dann gemäß § 13 Absatz 3 identifiziert werden, wenn die vereinbarten Rückkopplungs- und Beratungsmechanismen nach § 8 Absatz 3 und 4 bis § 12 durchgeführt wurden. ²Dies gilt gemäß § 13 Absatz 3 Satz 1 und 2 nicht bei dringendem Verdacht auf besonders schwerwiegende Qualitätsverstöße oder bei erheblichen Dokumentationsmängeln. ³Die verantwortlichen Gremien nach § 14 Absatz 1 beziehungsweise einzelne Mitglieder dürfen den Fach- und Arbeitsgruppen und dem MDK keine Zielaufträge in der Art erteilen, dass Kenntnisse, die sich aus der Einsicht in Patientenakten ergeben, den verantwortlichen Gremien nach § 14 Absatz 1 oder einzelnen Mitgliedern personenbezogen und nicht pseudonymisiert zugänglich gemacht werden.

(5) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss und in seinen Untergliederungen dürfen einzelne Standorte 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 § 136 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. ⁴Bei 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 bezogen auf jeden Leistungsbereich eine krankenhauses- und standortbezogene Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. ²Die Aufstellung ist bei der Herzschrittmacherversorgung separat auf 1. Herzschrittmacher-Implantation, 2. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, 3. Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation; bei der Knieendoprothesenversorgung auf 1. Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, 2. Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel; bei der Hüftendoprothesenversorgung auf 1. Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, 2. Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel; bei den Implantierbaren Defibrillatoren separat auf 1. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, 2. Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, 3. Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation sowie bei der Perinatalmedizin separat auf 1. Geburtshilfe, 2. Neonatologie zu beziehen. ³Diese Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form und als

Ausdruck der von der Landesebene beauftragten Stelle übermittelt. ⁴Das 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 sowie gemäß Spezifikation des IQTIG vorgegebene Risikostatistiken bis zum 15. Februar des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres. ²Die übermittelten Aufstellungen in elektronischer Form werden von der auf Landesebene beauftragten Stelle an das IQTIG übermittelt. ³Die auf Landesebene beauftragte Stelle nimmt die Übermittlung der ihr vorliegenden Aufstellungen in elektronischer Form einschließlich Risikostatistiken unverzüglich nach dem in Satz 1 genannten Stichtag sowie nach Ablauf einer ggf. erfolgten Fristsetzung gemäß § 24 Absatz 1 Satz 7 vor. ⁴Bei Bedarf übersendet die auf Landesebene beauftragte Stelle dem IQTIG ebenso eine Kopie der Aufstellung als Ausdruck mit der Konformitätserklärung als pdf-Dokument. ⁵Die auf Landesebene beauftragte Stelle informiert das IQTIG 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 standortbezogene 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 das IQTIG den auf Landesebene beauftragten Stellen die für die Ausstellung der Bescheinigung erforderlichen Angaben. ²Die an das Krankenhaus übermittelte Bescheinigung nach Absatz 4 ist zeitgleich dem IQTIG zu übersenden.

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

(1) ¹Für nicht dokumentierte aber dokumentationspflichtige Datensätze sind gemäß § 137 SGB V vom Krankenhaus Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Absatz 4 KHEntgG oder § 8 Absatz 4 BPflV zu zahlen. ²Die Dokumentationsrate [dokumentierte Datensätze (Ist)/zu dokumentierende Datensätze (Soll)] wird für jeden Leistungsbereich des Krankenhauses gesondert berechnet. ³Die Dokumentationsrate wird bei der Herzschrittmacherversorgung für 1. Herzschrittmacher-Implantation, 2. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, 3. Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation; bei der Knieendoprothesenversorgung für 1. Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, 2. Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel und bei der Hüftendoprothesenversorgung für 1. Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, 2. Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel; bei den Implantierbaren Defibrillatoren für 1. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, 2. Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, 3. Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation sowie bei der Perinatalmedizin für 1. Geburtshilfe, 2. Neonatologie krankenhausesbezogen gesondert berechnet. ⁴Bei einer Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches von unter 100 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt; es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. ⁵Lag ab dem Erfassungsjahr 2015 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits im Vorjahr unter 95 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 300,00 Euro. ⁶Lag ab dem Erfassungsjahr 2019 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits im Vorjahr unter 100 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 300,00 Euro. ⁷Erfüllt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Abgabe der Konformitätserklärung nach § 23 Absatz 2 nicht fristgerecht, ist es von der auf Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich unter Setzung einer zweiwöchigen Lieferfrist zu ermahnen.

⁸Sind die Pflichten auch nach Ablauf dieser zweiten Frist nicht erfüllt, ergeht ein Abschlag von 6.000,00 Euro. ⁹Der Abschlag nach Satz 4 und 5 bleibt dadurch unberührt. ¹⁰Die Krankenhäuser sind auf die Möglichkeit von Abschlägen hinzuweisen.

(2) ¹Sofern sich das Krankenhaus bei Unterdokumentation auf Unverschulden beruft, ist dies vom Krankenhaus zu begründen. ²Das Krankenhaus holt hierzu eine Einschätzung der auf Landesebene beauftragten Stelle (bei indirekten Verfahren) bzw. des IQTIG (bei direkten Verfahren) ein. ³Hierzu übermittelt es seine Begründung bis zum 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres den auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. dem IQTIG. ⁴Die auf Landesebene beauftragte Stelle (bei indirekten Verfahren) bzw. das IQTIG (bei direkten Verfahren) geben eine Einschätzung hinsichtlich der vorgebrachten Gründe ab und teilen diese schriftlich innerhalb von sechs Wochen dem Krankenhaus zur Weiterleitung an die Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen mit. ⁵Die auf Landesebene beauftragten Stellen übermitteln dem IQTIG bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres eine Auflistung der Begründungen der Krankenhäuser und ihrer Einschätzung in anonymisierter Form. ⁶Das IQTIG veröffentlicht bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres eine retrospektive anonymisierte Fallsammlung der Begründungen und Einschätzungen zu den direkten und indirekten Verfahren. ⁷Abweichend von Satz 3 hat das Krankenhaus für das Erfassungsjahr 2018 seine Begründung bis zum 30. Juni 2019 den auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. dem IQTIG zu übermitteln.

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

§ 25 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

(1) ¹Der Strukturierte Dialog gemäß § 11 wird bis zum 31. Oktober 2020 ausgesetzt. ²Abweichend von § 13 Absatz 2 Satz 1 soll der Strukturierte Dialog im Jahr 2020 bis zum 31. März 2021 abgeschlossen sein.

(2) ¹Für das Erfassungsjahr 2020 gilt eine Unterschreitung der Dokumentationsrate als unverschuldet im Sinne von § 24 Absatz 1 Satz 4, wenn als Folge der COVID-19-Pandemie

1. kurzfristige nothilfe-, krankheits- oder quarantänebedingte Personalausfälle oder
2. starke Erhöhungen der Patientenzahlen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen und einen flexiblen Personaleinsatz erforderten,

die Möglichkeiten des Krankenhauses zur Dokumentation der Datensätze für die Qualitätssicherung beeinträchtigt haben. ²Das Verfahren nach § 24 Absatz 2 findet in diesem Fall keine Anwendung. ³Abweichend von § 24 Absatz 2 Satz 3 hat das Krankenhaus für das Erfassungsjahr 2019 seine Begründung bis zum 30. Juni 2020 den auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. dem IQTIG zu übermitteln.

Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020

Im Erfassungsjahr 2020 sind folgende Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

Leistungsbereich/Follow-up	Verfahren	
	direkt	indirekt
Ambulant erworbene Pneumonie		x
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)		x
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)		x
Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung		x
Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation)		x
Karotis-Revaskularisation		x
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Mammachirurgie		x
Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin – Neonatologie)		x
Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
Follow-up Herztransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Leberlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Lebertransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019	x	
Follow-up Nierenlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Nierentransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019	x	

¹Die spezifische Darstellung der einbezogenen Leistungen ist definiert durch die Listen der Ein- und/oder Ausschlusskriterien in der Spezifikation für QS-Filter-Software. ²Die spezifische Darstellung der Dokumentationsinhalte ist definiert durch die Anforderungen der Spezifikation für QS-Dokumentationssoftware. ³Diese werden durch den G-BA beschlossen und in der jeweils geltenden Fassung durch das IQTIG auf seiner Internetseite im Internet öffentlich bekannt gemacht.

Anhang 1 zu Anlage 1: Indikatorenlisten

a) Indikatorenliste Ambulant erworbene Pneumonie

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Indikator-ID	2005
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Indikator-ID	2009
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Frühmobilisation nach Aufnahme
Indikator-ID	2013
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Mobilisation nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Indikator-ID	2028
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung vollständig bestimmt wurden.
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	50778
Beschreibung	Der Indikator gibt die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus an.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Indikator-ID	50722
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme erfolgte.
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator

b) Indikatorenliste Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ¹
Indikator-ID	51906
Beschreibung	Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominellen Operation betrachtet und mit der Referenzpopulation unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung ¹
Indikator-ID	12874
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit einem isoliertem Ovareingriff werden Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund ¹
Indikator-ID	10211
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars bei (Salpingo-)Ovariectomie werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars und der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste und der Normalbefund) durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-)Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60685
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen bis 45 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-)Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60686
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikator-ID	612
Beschreibung	Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischen benignen Befund oder Normalbefund werden die Operationen als Outcome betrachtet, die organerhaltend durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Indikator-ID	52283

Beschreibung	Aus allen isolierten Operationen am Ovar oder der Tuba uterina, die bei Patientinnen durchgeführt wurden, wird die assistierte Blasenentleerung, welche mittels transurethralem Dauerkatheter und länger als 24 Stunden durchgeführt wurde, als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralem Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

c) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Implantationen

1		Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	101803	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an allen Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	54140	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Systeme 3. Wahl
Indikator-ID	54143	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem implantierten System 3. Wahl gemäß Leitlinie an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
4		Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Indikator-ID	52139	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen und -Aggregatwechselln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System) und -Aggregatwechselln.	
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	101800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen das Dosis-Flächen-Produkt nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52305	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	101801	

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52311
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Indikator-ID	2190
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen das Aggregat aufgrund einer Batterieerschöpfung innerhalb von 4 Jahren gewechselt wird, an allen Erstimplantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems.
Qualitätsziel	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren
Indikator-ID	2191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb von 8 Jahren kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2194
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantierten Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2195

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

d) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

1	
Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
Indikator-ID	52307
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an allen intraoperativ durchzuführenden Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel und bei Sonden im linken Ventrikel.
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	
Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Indikator-ID	111801
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Herzschrittmacher-Aggregatwechseln.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

e) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Indikator-ID	121800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
Indikator-ID	52315	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikator-ID	51404	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

f) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung

1		Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54001	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54002	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54003	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.	
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54004	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.	
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54015	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54016	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54017	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

8	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
Indikator-ID	54018			
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.			
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
9	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation			
Indikator-ID	54019			
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.			
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
Indikator-ID	54120			
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.			
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
11	Beweglichkeit bei Entlassung			
Indikator-ID	54010			
Beschreibung	Der Indikator erfasst das postoperative Bewegungsausmaß des Hüftgelenks vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.			
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Hüftgelenks von mindestens 0-0-70 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Hüftendoprothese			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
12	Gehunfähigkeit bei Entlassung			
Indikator-ID	54012			
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.			
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
13	Sterblichkeit im Krankenhaus			
Indikator-ID	54013			
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.			
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
14	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf			
Indikator-ID	10271			
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.			
Qualitätsziel	Selten ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			

g) Indikatorenliste Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1	Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54030
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54050
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle, Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54033
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Indikator-ID	54029
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Wundhämatome/Nachblutungen
Indikator-ID	54040
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle während oder nach der Operation aufgetretenen Wundhämatome und Nachblutungen bei Patientinnen und Patienten.
Qualitätsziel	Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Indikator-ID	54042
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	54046
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

h) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

1		Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	50055	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an allen Defibrillator-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillator-Implantation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	50005	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
Indikator-ID	52131	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen und - Aggregatwechsell, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „subkutaner ICD“ oder „sonstiges“ als implantiertes System) und - Aggregatwechsell.	
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	131801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen das Dosis-Flächen-Produkt nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „subkutaner ICD“ oder „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52316	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	131802	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52325	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Defibrillator-Implantationen.	

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51186
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Defibrillator-Implantationen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahre
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb von 6 Jahren kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantierten Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantierten Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

i) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

1	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikator-ID	52321
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an allen intraoperativ durchzuführenden Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel und bei Sonden im linken Ventrikel.
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	141800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Aggregatwechseln.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

j) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/ Explantation

1		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	151800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikator-ID	52324	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51196	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

k) Indikatorenliste Karotis-Revaskularisation

1		Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch
Indikator-ID	603	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 60 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch
Indikator-ID	604	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 50 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Indikator-ID	52240	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen Schlaganfall erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Asymptomatische Stenose mit aortokoronarer Bypassoperation: Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch
Indikator-ID	11704	
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde, da diese im Indikator 52240 separat betrachtet werden.	
Qualitätsziel	Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51437	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 60 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
6		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51443	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	

Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt
Indikator-ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstenose lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Qualitätsziel	Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Indikator-ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die keine fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden und periprozedurale neurologische Symptome aufwiesen.
Qualitätsziel	Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenen neurologischen Defizits
Indikatortyp	Prozessindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

I) Indikatorenliste Knieendoprothesenversorgung

1		Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54020	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation mit Ausnahme der Indikationskriterien zur unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Indikator-ID	54021	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien) für eine unikondyläre Schlittenprothese	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54022	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation (anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer/klinischer Kriterien oder Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien)	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54123	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	50481	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54124	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54125	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	

Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Beweglichkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54026
Beschreibung	Der Indikator erfasst das postoperative Bewegungsausmaß des Kniegelenks vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Knieendoprothese
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54028
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	54127
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Indikator-ID	54128
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Knieendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Folgeeingriff (ungeplanter Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel)
Indikatortyp	Ergebnisindikator

m) Indikatorenliste Mammachirurgie

1		Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Indikator-ID	51846	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52268	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von an invasivem Mammakarzinom erkrankten Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status bei bekanntem Hormonrezeptorstatus.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52267	
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator niedrige Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52278	
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator hohe Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung¹
Indikator-ID	52330	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung¹
Indikator-ID	52279	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ sonografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie.	
Indikatortyp	Prozessindikator	

7		Primäre Axilladisektion bei DCIS ¹
Indikator-ID	2163	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladisektion erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
8		Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikator-ID	50719	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
Indikatortyp	Prozessindikator	
9		Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Indikator-ID	51847	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
10		Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Indikator-ID	51370	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff	
Indikatortyp	Prozessindikator	
11		Nachresektionsrate
Indikator-ID	60659	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status.	
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
12		Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Indikator-ID	211800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS	
Indikatortyp	Prozessindikator	
13		Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden ohne Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

n) Indikatorenliste Perinatalmedizin – Geburtshilfe

1		Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen¹
Indikator-ID	330	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden.	
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung¹
Indikator-ID	50045	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaprophylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittentbindung.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Kaiserschnittgeburt
Indikator-ID	52249	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten bei allen Geburten.	
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
4		E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten¹
Indikator-ID	1058	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungs-Zeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden.	
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Indikator-ID	51831	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.	
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten¹
Indikator-ID	318	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiatern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).	
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7		Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen¹
Indikator-ID	51803	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert.	

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisqualität
8	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Indikator-ID	181800
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten.
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QIs darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

o) Indikatorenliste Perinatalmedizin – Neonatologie

1		Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	51070	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Indikator-ID	51901	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutungen, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasien und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathien	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		Nosokomiale Infektion
Indikator-ID	50060	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Sepsis/SIRS später als 3 Tage nach Geburt oder einer Pneumonie später als 72 Stunden nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden.	
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Indikator-ID	50062	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einem Pneumothorax, der während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) und die nasal/pharyngeal und intratracheal beatmet wurden.	
Qualitätsziel	Selten Pneumothoraces	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Zunahme des Kopfumfanges
Indikator-ID	52262	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfanges bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.	
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfanges während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Durchführung eines Hörtests
Indikator-ID	50063	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern.	

Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Indikator-ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie, mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p.m.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

p) Indikatorenliste Pflege: Dekubitusprophylaxe

1	Stationär erworbener Dekubitalculus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Indikator-ID	52009
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Grad 2-4, oder einem Dekubitus, der hinsichtlich des Grades/ der Kategorie nicht näher bezeichnet wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalculus Grad/Kategorie 4
Indikator-ID	52010
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

q) Indikatorenliste Follow-up Herztransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12253
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51629
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12269
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51631
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12289
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51633
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator

r) Indikatorenliste Follow-up Leberlebendspende 2017-2019

1	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12296
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51603
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12308
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51604
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12324
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51605
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Indikator-ID	12549
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

8	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12577
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von drei Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12609
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

s) Indikatorenliste Follow-up Lebertransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51596
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51599
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51602
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorartyp	Ergebnisindikator

t) Indikatorenliste Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12397
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12413
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51639
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12433
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51641
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

u) Indikatorenliste Follow-up Nierenlebenspende 2017-2019

1	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51568
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin und des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51569
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51570
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender

Indikator-ID	12640
Indikator-ID	12640
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebensspender
Indikator-ID	12644
Indikator-ID	12644
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebensspender
Indikator-ID	51997
Indikator-ID	51997
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebensspende
Indikator-ID	51998
Indikator-ID	51998
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebensspende
Indikator-ID	51999
Indikator-ID	51999
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebensspende

v) Indikatorenliste Follow-up Nierentransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	2144
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51560
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12199
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12337
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51562
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

**w) Indikatorenliste Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
2017-2019**

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12493
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51524
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die ein Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12509
Beschreibung	Zähler: Patienten, die zwei Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51544
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die zwei Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12529
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51545
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die drei Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	
Indikator-ID	12824	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation insulinfrei sind</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren</p>	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	
Indikator-ID	12841	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren</p>	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	
Indikator-ID	12861	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren</p>	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang 2 zu Anlage 1: Erforderlichkeit der Daten (Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke)

Der Anhang 2 zu Anlage 1 stellt die erforderlichen Daten für die Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern dar.

Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	aufnehmender Standort	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X	X	X	
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X	
19	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung		X	X	
20	chronische Bettlägerigkeit		X	X	
21	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer		X	X	X

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

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Intubation oder mit Trachealkanüle				
22	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? [Aufnahme]		X	X	
23	<ul style="list-style-type: none"> spontane Atemfrequenz spontane Atemfrequenz nicht bestimmt [Aufnahme]		X	X	
24	Blutdruck systolisch		X	X	
25	Blutdruck diastolisch		X	X	
26	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		X	X	
27	initiale antimikrobielle Therapie		X	X	
28	Beginn der Mobilisation		X	X	
29	maschinelle Beatmung		X	X	
30	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		X	X	X
31	Abstand Aufnahme datum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte ⁴			X	X
32	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum ⁵			X	X
33	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
34	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁷	X	X	X	X
35	Entlassungsdiagnose(n) ⁸	X			
36	Entlassungsgrund	X	X	X	X

4 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X	
38	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X	
39	spontane Atemfrequenz [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]		X	X	
40	Herzfrequenz		X	X	
41	Temperatur		X	X	
42	Sauerstoffsättigung		X	X	
43	Blutdruck systolisch [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X			X
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
19	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
20	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
21	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
22	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X	X	X	
23	Entlassungsgrund	X		X	
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Operation]				X
25	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
26	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
27	Versionsnummer [Operation]				X
28	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
29	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus ⁸	X	X	X	
30	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
31	Voroperation im OP-Gebiet		X	X	
32	perioperative Antibiotikaprophylaxe ⁹		X	X	
33	OP-Datum	X			
34	postoperative Verweildauer; Differenz in Tagen ¹⁰	X		X	X
35	Quartal der Operation ¹¹	X			X
36	Operation ¹²	X	X	X	X
37	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?		X		
38	intraoperative Komplikationen			X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • Blase • Harnleiter • Urethra • Darm • Uterus 		X	X	

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

⁸ Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

⁹ Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

¹² Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Gefäß-/Nervenläsion • Lagerungsschaden • andere Organverletzungen • andere intraoperative Komplikationen 				
40	postoperative Histologie		X	X	X
41	führender Befund		X	X	X
42	pT		X	X	
43	pN		X	X	
44	M		X	X	
45	G		X	X	
46	assistierte Blasenentleerung		X	X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> • wiederholte Einmalkatheterisierung • transurethraler Dauerkatheter • suprapubischer Dauerkatheter 		X	X	
48	Dauer der assistierten Blasenentleerung		X	X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung – Herzschrittmacher-Implantation¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Körpergröße unbekannt				
21	• Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt		X	X	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X	X	X	X
24	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
25	führendes Symptom		X	X	
26	Herzinsuffizienz		X	X	
27	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X
28	Ätiologie		X	X	
29	Persistenz der Bradykardie		X	X	
30	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
31	Diabetes mellitus		X	X	
32	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
33	Vorhofrhythmus		X	X	
34	AV-Block		X	X	
35	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
36	QRS-Komplex		X	X	
37	Pausen außerhalb von Schlafphasen		X	X	
38	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		X	X	
39	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen			X	
40	• Ejektionsfraktion • EF nicht bekannt		X	X	
41	AV-Knotendiagnostik		X	X	
42	neurokardiogene Diagnostik		X	X	

6 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
7 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
43	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens		X	X	
44	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend		X	X	
45	OP-Datum	X	X		
46	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
47	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
48	Operation ¹⁰	X	X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> Vena cephalica Vena subclavia andere 		X	X	
50	Dauer des Eingriffs		X	X	
51	<ul style="list-style-type: none"> Dosis-Flächen-Produkt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
52	System		X	X	X
53	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
54	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
56	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
57	Linksventrikuläre Sonde aktiv?				X
58	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
59	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
60	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sonden- bzw. Systemdysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 			X	
62	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel 			X	
63	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
64	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
65	Entlassungsgrund	X	X	X	
66	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung – Herzschrittmacher- Aggregatwechsel¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	OP-Datum	X	X		
25	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
26	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
27	Operation ¹⁰	X		X	
28	Dauer des Eingriffs		X	X	
29	System		X	X	X
30	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
35	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiges Taschenhämatom 		X	X	

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
37	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
38	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
39	Entlassungsgrund	X		X	
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
¹³ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/
-Explantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X	X	X	X
19	Geschlecht	X	X	X	

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde		X	X	
27	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde		X	X	
28	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde		X	X	
29	OP-Datum	X	X		
30	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸			X	X
31	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
32	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
33	Operation ¹⁰	X		X	X
34	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X
35	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
36	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; Schrittmacher-Aggregat]		X	X	X

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
37	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	X
38	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X		
40	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
42	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
43	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	X
44	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	
45	explantiertes System		X	X	
46	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
48	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 		X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel 		X	X	
50	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
51	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
52	Entlassungsgrund	X	X	X	
53	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
20	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
21	Aufnahmegrund	X		X	
22	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
25	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
26	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
27	auslösende OPS-Kodes	X			X
28	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?		X	X	X
29	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
30	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
31	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	X

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
32	Wurde das passive Bewegungsmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt? [Basis]			X	X
33	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
34	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
35	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
36	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
37	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
38	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
39	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
40	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X	X	X	X
41	Entlassungsgrund	X	X	X	X
42	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X	X	X	X
43	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
44	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
45	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
46	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
47	Versionsnummer [Prozedur]				X
48	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
49	zu operierende Seite		X	X	X
50	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
51	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
52	Art des Eingriffs		X	X	X
53	Datum des Eingriffs	X	X		
54	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
55	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
56	präoperative Verweildauer in Minuten ¹⁴	X		X	X
57	Beginn des Eingriffs		X	X	
58	Dauer des Eingriffs			X	
59	Prozedur(en) ¹⁵		X	X	X
60	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehl- lage • sekundäre Implantatdislokation • offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)lu xation • OP- oder interventionsbedürftige /-s Nachblutung/ Wundhämatom • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	

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

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

¹⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
62	postoperative Wundinfektion		X	X	X
63	Wundinfektionstiefe		X	X	
64	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
66	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
67	Vorgangsnummer, GUID [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
68	Versionsnummer [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
69	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
70	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?				X
71	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Hüftgelenknahe Femurfraktur]		X	X	
72	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
73	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		X	X	X
74	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
75	Zeitpunkt der Fraktur		X		

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
76	Frakturlokalisierung		X	X	X
77	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	
78	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
79	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige 		X	X	
80	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
81	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
82	Vorgangsnummer, GUID [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
83	Versionsnummer [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
84	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
85	Wieviele elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
86	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
87	Erstimplantation Endoprothese: Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor		X	X	
88	Schmerzen [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	
89	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]			X	X
90	Extension/Flexion 1			X	X
91	Extension/Flexion 2		X	X	
92	Extension/Flexion 3		X	X	
93	Ab-/Adduktion 1		X	X	
94	Ab-/Adduktion 2			X	X
95	Ab-/Adduktion 3		X	X	
96	Außen-/Innenrotation 1		X	X	
97	Außen-/Innenrotation 2		X	X	
98	Außen-/Innenrotation 3		X	X	
99	Osteophyten		X	X	
100	Gelenkspalt		X	X	
101	Sklerose		X	X	
102	Deformierung		X	X	
103	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?		X	X	X
104	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
105	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?			X	X
106	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		X	X	
107	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel]				X
108	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel]	X			X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
109	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel]	X			X
110	Versionsnummer [Wechsel]				X
111	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel]				X
112	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
113	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	
114	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
115	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	
116	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
117	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatabrieb/-verschleiß • Implantatfehl-lage der Pfanne • Implantatfehl-lage des Schafts • Lockerung der Pfannenkomponente • Lockerung der Schaftkomponente • periprothetische Fraktur • Endoprothesen(sub)-luxation • Knochendefekt Pfanne • Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) • Gelenkpfannenent-zündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenim-plantation 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • periartikuläre Ossifikation 				

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Quartal des Aufnahmetages ¹	X		X	X
15	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ²	X	X	X	X
16	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
17	Geburtsjahr ³	X		X	X
18	Geschlecht	X	X	X	
19	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt?		X	X	
20	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
21	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes			X	X
22	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
23	Zeitpunkt der Fraktur		X	X	
24	Frakturlokalisierung		X	X	X
25	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
26	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige 		X	X	
28	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
29	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
30	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
32	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
33	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁴	X		X	X
34	Quartal der Operation ⁵	X		X	X
35	präoperative Verweildauer in Minuten ⁶	X	X	X	X
36	Beginn des Eingriffs		X	X	
37	Dauer des Eingriffs			X	
38	Prozedur(en) ⁷	X		X	
39	Operationsverfahren		X	X	
40	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehl-lage • sekundäre Implantatdislokation • OP- oder interventionsbedürftige/-s Wundhämatom/Nachblutung • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
42	postoperative Wundinfektion		X	X	X
43	Wundinfektionstiefe		X	X	

⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
44	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
45	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
46	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
47	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
48	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	
49	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
50	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
51	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
52	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
53	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X		X	X
54	Entlassungsgrund	X	X	X	X
55	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
56	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X

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

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

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

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Körpergröße unbekannt				
21	• Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt		X	X	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X	X	X	X
24	Herzinsuffizienz		X	X	
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
26	• linksventrikuläre Ejektionsfraktion • LVEF nicht bekannt		X	X	
27	Diabetes mellitus		X	X	
28	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
29	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?		X	X	
30	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X
31	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X	
32	KHK		X	X	X
33	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD		X	X	
34	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn		X	X	
35	Herzerkrankung		X	X	X
36	spontanes Brugada-Typ-1-EKG		X	X	
37	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?		X	X	
38	Risiko für plötzlichen		X	X	

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet				
39	WPW-Syndrom		X	X	
40	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X	
41	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X	
42	Kammertachykardie induzierbar		X	X	
43	Kammerflimmern induzierbar		X	X	
44	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocker und/oder Ivabradin • AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNI) • Diuretika • Aldosteronantagonisten 		X	X	
46	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
47	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
48	Vorhoffrhythmus		X	X	
49	AV-Block		X	X	
50	Intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
51	QRS-Komplex		X	X	
52	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
53	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
54	Operation ¹⁰	X	X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • andere 		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
56	Dauer des Eingriffs		X	X	
57	<ul style="list-style-type: none"> Dosis-Flächen-Produkt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
58	System		X	X	X
59	Aggregatposition			X	
60	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhofsonde]		X	X	
61	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
62	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden			X	
63	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
64	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
65	Linksventrikuläre Sonde aktiv?		X	X	X
66	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
67	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom revisionsbedürftige Sondendislokation revisionsbedürftige Sondendysfunktion postoperative Wundinfektion 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
69	<ul style="list-style-type: none"> Sondendislokation der Vorhofsonde Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde Sondendislokation der linksventrikulären Sonde Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 			X	
70	<ul style="list-style-type: none"> Sondendysfunktion der Vorhofsonde Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) 			X	
71	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
72	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
73	Entlassungsgrund	X	X	X	
74	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
25	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
26	Operation ¹⁰	X		X	
27	Dauer des Eingriffs		X	X	
28	System		X	X	X
29	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
34	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
35	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiges Taschenhämatom • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	
36	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
37	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
38	Entlassungsgrund	X		X	
39	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (QPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
27	Quartal der Operation ⁹	X	X	X	X
28	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
29	Operation ¹⁰	X		X	
30	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
31	Art des Vorgehens [ICD-Aggregat]		X	X	X
32	Aggregatposition			X	
33	explantiertes System			X	X
34	<ul style="list-style-type: none"> • Aggregat: Jahr der Implantation • Jahr der Implantation nicht bekannt 		X	X	
35	Art des Vorgehens [Vorhof]		X	X	X
36	Problem [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
37	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde		X	X	
38	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
40	Art des Vorgehens [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde]		X	X	X
41	Problem [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
42	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
43	Position [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
44	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
45	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
46	Art des Vorgehens [Zweite Ventrikelsonde]		X	X	X
47	Problem [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
48	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde		X	X	
49	Position [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
50	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
51	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]				
52	Art des Vorgehens [Dritte Ventrikelsonde]		X	X	X
53	Problem [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
54	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde		X		
55	Position [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
56	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
57	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]		X	X	
58	Art des Vorgehens [Andere Defibrillationssonde(n)]		X	X	X
59	Problem [Andere Defibrillationssonde(n); Art des Vorgehens]		X	X	
60	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)		X	X	
61	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
62	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
63	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde • Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 		X	X	
64	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) 		X	X	
65	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
66	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
67	Entlassungsgrund	X	X	X	
68	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Karotis-Revaskularisation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X		X	
16	<ul style="list-style-type: none"> Körpergröße Körpergröße unbekannt 		X	X	
17	<ul style="list-style-type: none"> Körpergewicht bei Aufnahme Körpergewicht unbekannt 		X	X	
18	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
20	Diabetes mellitus		X	X	
21	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
22	<ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
23	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X
24	Karotisläsion rechts		X	X	X
25	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X	
26	<ul style="list-style-type: none"> Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten 		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen. 				
27	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X
28	Karotisläsion links		X	X	X
29	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen. 		X	X	
31	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X
32	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
34	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der rechten Seite]		X	X	
37	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
38	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der linken Seite]		X	X	
39	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X
40	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
41	Quartal des Entlassungstages ⁴	X			X
42	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
43	Entlassungsdiagnose(n) ⁶	X			
44	Entlassungsgrund	X	X	X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
46	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
47	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
48	Versionsnummer [Prozedur]				X
49	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X
50	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X	X	X	X
51	Quartal der Operation ⁸	X			X
52	<ul style="list-style-type: none"> Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) Eingriff ohne Narkose erfolgt 		X	X	
53	Indikation		X	X	
54	therapierte Seite		X	X	
55	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X
56	Prozedur(en) ⁹	X			
57	Art des Eingriffs		X	X	
58	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X	
59	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
60	Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?			X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> ASS Clopidogrel sonstige ADP-Rezeptorantagonisten GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten sonstige 		X	X	

4 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
62	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X	
63	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
64	neu aufgetretenes neurologisches Defizit		X	X	X
65	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)¹

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

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
20	Aufnahmegrund	X		X	
21	Geburtsjahr ⁷	X		X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Gehstrecke		X	X	
24	Gehhilfen		X	X	
25	auslösende OPS-Kodes	X			X
26	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
28	Wurde das aktive Bewegungsmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?			X	X
29	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
30	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
31	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
32	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
33	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
34	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
36	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X		X	X
37	Entlassungsgrund	X	X	X	X
38	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X	X	X	X
39	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
40	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
41	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
42	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
43	Versionsnummer [Prozedur]				X
44	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X
45	zu operierende Seite		X	X	
46	Liegt eine Gonarthrose vor?		X	X	
47	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?		X	X	
48	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
49	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
50	Art des Eingriffs		X	X	X
51	Datum des Eingriffs	X	X		
52	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
53	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
54	Dauer des Eingriffs			X	
55	Prozedur(en) ¹⁴		X	X	X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
56	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
57	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes • Patellafehlstellung • OP- oder interventionsbedürftige/s Nachblutung/Wundhämatom • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes • Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae • Fraktur der Patella • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
58	postoperative Wundinfektion			X	X
59	Wundinfektionstiefe		X	X	
60	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
61	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
62	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
63	Vorgangsnummer, GUID [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
64	Versionsnummer [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
65	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
66	Wievielte Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
67	Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?		X	X	
68	Schmerzen		X	X	
69	Osteophyten		X	X	
70	Gelenkspalt		X	X	
71	Sklerose		X	X	
72	Deformierung		X	X	
73	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?		X	X	X
74	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?		X	X	
75	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?			X	X
76	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
77	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
78	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
79	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
80	Versionsnummer [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
81	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
82	Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
83	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	
84	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
85	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	
86	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
87	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatfehlage/ Malrotation • Implantatwanderung • Lockerung der Femur-Komponente • Lockerung der Tibia-Komponente • Lockerung der Patella-Komponente • Knochendefekt Femur • Knochendefekt Tibia • periprothetische Fraktur [Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?] • Endoprothesen(sub)luxation • Instabilität des Gelenks 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose • Patellanekrose • Patellaluxation • Patellaschmerz 				

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Leistungsbereich Mammachirurgie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X			X
15	Geschlecht	X		X	
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
17	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
19	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
20	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
21	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
22	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X	X	X	X
23	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
24	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X		X	
25	Entlassungsgrund	X	X	X	
26	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Brust]				X
27	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Brust]	X			X
28	Vorgangsnummer, GUID [Brust]	X			X
29	Versionsnummer [Brust]				X
30	betroffene Brust/Seite			X	X
31	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X
32	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust		X	X	X
33	Operativer Ersteingriff an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
34	tastbarer Mammabefund		X	X	X
35	Mikrokalk		X	X	
36	Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms		X	X	
37	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		X	X	X
38	Histologie			X	X
39	maligne Neoplasie [Histologie]		X	X	
40	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes		X		X
41	Histologischer Typ		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
42	Grading		X	X	
43	Hormonrezeptorstatus		X	X	
44	HER2-Status		X	X	
45	Ki67-Status		X	X	
46	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen ⁸		X	X	X
47	Quartal (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes ⁹		X		X
48	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
49	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		X	X	
50	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde		X	X	X
51	maligne Neoplasie [Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde]		X	X	X
52	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X
53	weitere Therapieempfehlung		X	X	
54	pT		X	X	
55	pN		X	X	
56	Grading		X	X	
57	Gesamttumorggröße		X	X	
58	Grading (WHO)		X	X	
59	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus		X	X	
60	HER2-Status		X	X	
61	histologisch gesicherte Multizentrität		X	X	
62	R0-Resektion		X	X	X

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
63	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		X	X	
64	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen		X	X	X
65	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
66	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X	
67	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
68	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
69	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Operation]				X
70	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
71	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
72	Versionsnummer [Operation]				X
73	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Operation]				X
74	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
75	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
76	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie		X	X	
77	OP-Datum	X	X		
78	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X	X	X	X
79	Quartal der Operation ¹¹	X			X
80	Operation ¹²	X		X	X
81	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt		X	X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

¹² Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Leistungsbereich Perinatalmedizin – Geburtshilfe¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Mutter]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mutter]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Mutter]	X			X
4	Versionsnummer [Mutter]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X		X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
12	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Vorname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	<ul style="list-style-type: none"> entbindender Standort diagnostizierender Standort (ICD) 	X	X	X	

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsnummer			X	
19	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
20	Versorgungsstufe	X		X	
21	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
22	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
23	Quartal des Aufnahmetages ⁷	X		X	X
24	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	X
25	Aufnahmeuhrzeit	X		X	
26	Aufnahmediagnose Mutter ⁹	X		X	
27	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit ¹⁰	X			
28	5-stellige PLZ des Wohnortes		X		
29	Postleitzahl 4-stellig		X		
30	Postleitzahl 3-stellig		X		
31	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften		X	X	X
32	Anzahl Lebendgeburten		X	X	
33	Anzahl Totgeburten		X	X	
34	Befunde im Mutterpass vorhanden			X	X
35	Befunde im Mutterpass ¹¹		X	X	X
36	Indikation für stationären Aufenthalt ¹²			X	
37	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung		X	X	
38	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X
39	Vortest auffällig		X	X	
40	Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X

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

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
41	Diagnosetest auffällig		X	X	
42	Körpergewicht bei Erstuntersuchung		X	X	
43	Körpergröße		X	X	
44	berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin		X	X	X
45	Klinisches Gestationsalter		X	X	
46	Aufnahmeart		X	X	
47	Muttermundsweite bei Aufnahme		X	X	
48	Antenatale Kortikosteroidtherapie		X	X	
49	Abstand zwischen Geburtsdatum und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie ¹³		X	X	
50	Aufnahme-CTG		X	X	
51	Geburtsrisiken			X	X
52	Geburtsrisiko ¹⁴		X	X	
53	Geburtseinleitung		X	X	
54	Wehenmittel s. p.		X	X	
55	Episiotomie			X	
56	Damriss		X	X	
57	Blutung > 1000 ml			X	
58	Hysterektomie/Laparotomie		X	X	
59	Sepsis		X	X	
60	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2Tage		X	X	
61	Anämie Hb < 10 g/dl		X	X	
62	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen		X	X	X
63	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • Harnwegsinfektion 			X	

13 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Wundinfektion/Abszessbildung • Wundhämatom/Nachblutung • sonstige Komplikation 				
64	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁵	X		X	
65	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁶	X		X	
66	Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	
67	Entlassungsdatum Mutter	X			
68	Quartal des Entlassungstages ¹⁷	X		X	X
69	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁸	X		X	X
70	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt		X	X	
71	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Kind]				X
72	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Kind]	X			X
73	Vorgangsnummer, GUID [Kind]	X			X
74	Versionsnummer [Kind]				X
75	laufende Nummer des Mehrlings	X	X		X
76	CTG-Kontrolle		X	X	X
77	<ul style="list-style-type: none"> • externes CTG • internes CTG 		X	X	
78	Blutgasanalyse Fetalblut			X	X
79	Base Excess der Fetalblutanalyse			X	
80	pH-Wert der Fetalblutanalyse			X	
81	Lage		X	X	
82	Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen		X	X	
83	Entbindungsmodus		X	X	X

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
84	Indikation zur operativen Entbindung ¹⁹		X	X	
85	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)		X	X	
86	Notsektio		X	X	X
87	Hauptindikation bei Notsektio		X	X	
88	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X	
89	Hebamme		X	X	
90	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		X	X	
91	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend		X	X	
92	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen			X	
93	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X	
94	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ²⁰	X	X		X
95	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen ²¹	X	X	X	X
96	postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen) ²²	X		X	X
97	Quartal des Geburtstages des Kindes ²³	X		X	X
98	Uhrzeit der Geburt	X	X	X	
99	Geschlecht des Kindes	X	X	X	
100	APGAR [nach 1 min]			X	
101	APGAR [nach 5 min]		X	X	
102	APGAR [nach 10 min]			X	
103	Gewicht des Kindes	X	X	X	
104	Kopfumfang des Kindes	X	X	X	
105	Allgemeinanästhesie		X	X	
106	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	X
107	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	

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

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

22 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

23 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
108	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
109	Volumensubstitution			X	
110	Pufferung		X	X	
111	Maskenbeatmung		X	X	
112	O ₂ -Anreicherung		X	X	
113	Fehlbildungen		X	X	
114	Art der Fehlbildung ²⁴		X	X	
115	Totgeburt		X	X	X
116	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt		X	X	
117	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		X	X	
118	Kind in Kinderklinik verlegt	X	X	X	
119	Entlassungsquartal Kind ²⁵	X		X	X
120	postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen) ²⁶			X	X
121	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X	X		
122	Entlassungs-/Verlegungsurzeit aus der Geburtsklinik Kind	X	X		
123	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind ²⁷	X	X	X	
124	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X
125	<ul style="list-style-type: none"> • Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus • Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses 	X		X	X
126	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
127	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage		X	X	

²⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
128	Todesursache des lebendgeborenen Kindes ²⁸			X	
129	Abstand Todesdatum - Geburtsdatum (in Tagen) ²⁹			X	X
130	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	X			

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

²⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Todes - lebendgeborenes Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Leistungsbereich Perinatalmedizin – Neonatologie¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X		X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	X	X		X
13	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
14	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁶ 	X	X		X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

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

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

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

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

6 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „Versichertenart“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Vorname der Mutter liegt nicht vor				
15	Institutionskennzeichen	X			X
16	entlassender Standort	X	X	X	X
17	aufnehmender Standort	X	X	X	
18	Betriebsstätten-Nummer	X			
19	Fachabteilung	X	X		
20	Geschlecht	X	X	X	
21	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X
22	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
23	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X	
24	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
25	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X	
26	Geburtsdatum des Kindes	X	X		
27	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁷	X	X		X
28	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)		X	X	X
29	Alter bei Aufnahme in Stunden ⁹	X	X	X	X
30	Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ¹⁰	X		X	X
31	Uhrzeit der Geburt	X	X		
32	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X	
33	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X
34	Transport zur Neonatologie		X	X	
35	primäre palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X
36	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ¹¹		X	X	X
38	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X	
39	Monat des Aufnahmetages ¹²	X		X	X
40	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X		
41	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹³	X		X	X
42	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	X	X		
43	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	X	X		
44	Aufnahme ins Krankenhaus von		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus • Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses 	X	X	X	X
46	entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses	X	X	X	
47	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X	
48	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Aufnahme • Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur bei Aufnahme • Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
50	Fehlbildungen		X	X	X
51	Art der Fehlbildung ¹⁴		X	X	
52	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X

11 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
53	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X
54	Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie]		X	X	
55	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X
56	Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)]		X	X	
57	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden		X	X	X
58	Datum der Untersuchung		X		
59	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X
60	ROP-Status bei Aufnahme		X	X	
61	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X
62	Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)]		X	X	
63	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁵		X	X	X
64	endgültige Beendigung		X	X	
65	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁶		X	X	X
66	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X
67	Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt]	X	X	X	
68	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁷	X	X	X	X

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
69	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X	
70	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁸	X	X	X	X
71	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X	
72	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁹	X	X	X	X
73	Pneumothorax		X	X	X
74	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X	
75	Behandlung des Pneumothorax		X	X	
76	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	
77	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X
78	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X	X	
79	Sepsis/SIRS		X	X	X
80	Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns		X	X	
81	Pneumonie		X	X	X
82	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Pneumonie-Beginn ²⁰		X	X	X
83	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X
84	Status bei Aufnahme [Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)]		X	X	
85	Neugeborenen-Hörscreening		X	X	

18 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

19 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Datum des Pneumonie-Beginns“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
86	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes			X	X
87	<ul style="list-style-type: none"> • OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie) • OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis) • OP eines Hydrozephalus • 		X	X	
88	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X	
89	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²¹	X	X	X	X
90	Monat des Entlassungstages ²²	X		X	X
91	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt	X			X
92	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X	
93	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Entlassung • Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 		X	X	
94	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X	
95	Entlassungsgrund	X	X	X	X
96	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X
97	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
98	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
99	Todesursache		X	X	

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
100	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²³	X	X	X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

²³ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9 *	Institutionskennzeichen	X			X
10 *	entlassender Standort	X	X	X	X
11	Betriebsstätten-Nummer	X			
12	Fachabteilung	X			
13 *	Geburtsjahr ¹	X		X	X
14	Geschlecht	X		X	
15	Monat des Aufnahmetages ²	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
17	Aufnahmegrund	X		X	
18	Monat des Entlassungstages ⁴	X	X	X	X
19	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X			X
20	Verweildauer im Krankenhaus in Stunden		X		X
21	Entlassungsgrund	X		X	
22 *	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2		X	X	
23 *	sonstiger Diabetes Mellitus		X	X	
24 *	eingeschränkte Mobilität		X	X	
25 *	Infektion		X	X	
26 *	Demenz und Vigilanzstörung		X	X	
27 *	Inkontinenz		X	X	

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
28 *	Untergewicht oder Mangelernährung		X	X	
29 *	Adipositas		X	X	
30 *	weitere schwere Erkrankungen		X	X	
31 *	Dauer der Beatmung		X	X	
32	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dekubitus]				X
33	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dekubitus]	X			X
34	Vorgangsnummer, GUID [Dekubitus]	X			X
35	Versionsnummer [Dekubitus]				X
36	Wievielter Dekubitus?				X
37 *	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	X	X	X	
38 *	Seitenlokalisierung	X			X
39	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X	X	
40	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")			X	

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

¹Für den Leistungsbereich Follow-up Herztransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a Nummer 10 „Herztransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

²Für den Leistungsbereich Follow-up Leberlebenspende 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a Nummer 4 „Leberlebenspende (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

³Für den Leistungsbereich Follow-up Lebertransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a Nummer 2 „Lebertransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

⁴Für den Leistungsbereich Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a Nummer 6 „Lungentransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

⁵Für den Leistungsbereich Follow-up Nierenlebenspende 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a Nummer 13 „Nierenlebenspende (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

⁶Für den Leistungsbereich Follow-up Nierentransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 4 Anlage II Buchstabe d „Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

⁷Für den Leistungsbereich Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 4 Anlage II Buchstabe d „Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anlage 3 Verfahren mit Follow-up

§ 1 Geltungsbereich

Die folgenden Regelungen gelten für die Leistungsbereiche Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel), Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation), Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel) sowie Perinatalmedizin (Geburtshilfe, Neonatologie) der Anlage 1.

§ 2 Zweck

¹Die Regelungen sollen ermöglichen, dass sowohl eine Follow-up-Auswertung nach den Vorgaben dieser Anlage als auch die Auswertung nach den Vorgaben der Richtlinie (§ 8) auf der Grundlage eines gemeinsamen Datenerhebungsvorgangs durchgeführt werden können. ²Das Follow-up-Verfahren soll Auswertungen von Daten verschiedener Zeitpunkte (z. B. Erstimplantation und Revision) ermöglichen, um weitergehende Aussagen zur Ergebnisqualität treffen zu können. ³Dieses Verfahren erfolgt derzeit nur für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten. ⁴Nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten werden nicht in das Follow-up-Verfahren einbezogen. ⁵Nur für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten wird die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V als patientenidentifizierendes Merkmal zur Pseudonymerstellung erhoben. ⁶Für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten wird kein patientenidentifizierendes Merkmal zur Pseudonymerstellung erhoben, da sie nicht in das Follow-up-Verfahren einbezogen werden. ⁷Anonyme Daten-Auswertungen erfolgen für alle Patientinnen und Patienten nach den Vorgaben der Richtlinie.

§ 3 Datenverwendung

(1) ¹In den Follow-up-Verfahren werden die Daten eines gegebenenfalls notwendigen Folgeeingriffes mit den Daten der jeweiligen Erstimplantation beziehungsweise des vorangegangenen Folgeeingriffes verknüpft beziehungsweise die Daten der geburtshilflichen Versorgung mit den Daten der gegebenenfalls notwendigen neonatologischen Versorgung. ²In dem Follow-up-Verfahren Herzschrittmacherversorgung erfolgt die Verknüpfung in einem Zeitraum von bis zu acht Jahren, in dem Follow-up-Verfahren der Implantierbaren Defibrillatoren von bis zu sechs Jahren und in den Follow-up-Verfahren Hüft- und Knieendoprothesenversorgung von bis zu fünf Jahren (jeweils bezogen auf den Abstand zwischen Erstimplantation und Folgeeingriff). ³Im Follow-up-Verfahren Perinatalmedizin werden geburtshilfliche mit neonatologischen Dokumentationen bis zu einem Alter der Kinder von 120 Tagen bei Aufnahme des Kindes im Krankenhaus verknüpft.

(2) Die Daten werden zum einen einer Auswertung nach den Regelungen der Richtlinie zugeführt und, sofern es sich um Daten von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten handelt, zudem unter Nutzung eines Patientenpseudonymisierungsverfahrens einer Auswertung von Follow-up nach den Regelungen dieser Anlage.

(3) Für Daten der Leistungsbereiche nach § 1 gilt abweichend von den Regelungen in §§ 6 und 7 der Richtlinie und unabhängig von der Verwendung für Auswertungen nach den Regelungen der Richtlinie oder für Auswertungen nach den Regelungen dieser Anlage (Follow-up) der folgende Datenfluss:

Die in den Krankenhäusern standortbezogen dokumentierten Daten werden der auf Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich zur Verfügung gestellt und von dort über die Vertrauensstelle an das IQTIG weitergeleitet.

§ 4 Aufgaben im Krankenhaus

(1) Die Krankenhäuser erfassen standortbezogen für alle Patientinnen und Patienten die nach der Richtlinie (Anlage 1) erforderlichen Daten der Leistungsbereiche nach § 1.

(2) ¹Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser zusätzlich für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum für die Leistungsbereiche Herzschrittmacherversorgung, Implantierbare Defibrillatoren, Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

²Für den Leistungsbereich Perinatalmedizin werden als patientenidentifizierende Daten erfasst:

- Vorname der Mutter bei Geburt des Kindes
- Nachname der Mutter bei Geburt des Kindes.

³In der Neonatologie wird darüber hinaus auch die

- Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V des Kindes

als patientenidentifizierendes Datum erfasst.

(3) Die nach den Absätzen 1 und 2 zu erfassenden Daten sind Bestandteil der jeweils im Juni des Vorjahres zu veröffentlichenden Spezifikation zur Dokumentation, die auch die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung enthält.

(4) ¹Die patientenidentifizierenden Daten nach Absatz 2 sind von den Krankenhäusern so zu verschlüsseln, dass nur die Vertrauensstelle sie lesen kann. ²Dazu verwenden die Krankenhäuser einen öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle.

(5) Die Krankenhäuser übermitteln standortbezogen unverzüglich gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen XML-Datenexportformat die auf der Grundlage der Spezifikation erfassten und geprüften sowie nach Absatz 4 verschlüsselten Daten an die auf Landesebene beauftragte Stelle.

§ 5 Aufgaben der auf Landesebene beauftragten Stelle

(1) Die auf Landesebene beauftragte Stelle überprüft die Qualitätssicherungsdaten auf Vollständigkeit und anhand der vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität.

(2) Die auf Landesebene beauftragte Stelle verschlüsselt die von ihr geprüften Qualitätssicherungsdaten sowie die Ergebnisse der Prüfung nach Absatz 1 mit dem öffentlichen Schlüssel des IQTIG und übermittelt diese zusammen mit den weiteren, von den Krankenhäusern verschlüsselt und für sie nicht einsehbar gelieferten Daten in einem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat unverzüglich an die Vertrauensstelle.

(3) Es gelten § 6 Absatz 2 sowie § 7 der Richtlinie entsprechend.

§ 6 Aufgaben der Vertrauensstelle

(1) ¹Die Vertrauensstelle entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten mittels des nur ihr bekannten privaten Schlüssels und erzeugt daraus jeweils für die Verfahren nach § 1 ein Patientenpseudonym. ²Für den Leistungsbereich Perinatalmedizin (Geburtshilfe und Neonatologie) werden für die Mutter abweichend für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 zwei Pseudonyme erstellt. ³Hierbei hat sie die jeweils aktuellen Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik zu berücksichtigen.

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

(3) Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Absatz 1 alle von der auf Landesebene beauftragten Stelle verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten, patientenidentifizierenden Daten – weiter an das IQTIG.

§ 7 Aufgaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

(1) ¹Das IQTIG nimmt die Daten von der Vertrauensstelle entgegen. ²Das IQTIG ersetzt die Angabe des Standorts durch ein eindeutiges Leistungserbringerpseudonym und stellt den auf Landesebene beauftragten Stellen die Leistungserbringerpseudonyme zur Verfügung.

(2) ¹Zur Follow-up-Auswertung werden die Daten entsprechend des jeweiligen Auswertungskonzeptes anhand der Patientenpseudonyme zusammengeführt. ²Die zusammengeführten Datensätze sind ohne Patientenpseudonym den auf Landesebene beauftragten Stellen auf Anforderung unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

(3) Daten und Datensätze mit Patientenpseudonym, sind nach Ablauf des Beobachtungszeitraums nach § 3 Absatz 1 zu anonymisieren.

§ 8 Auswertung der Daten nach § 4 Absatz 1

Die Auswertung der Daten nach § 4 Absatz 1 (Daten ohne Nutzung eines Patientenpseudonymisierungsverfahrens nach der Richtlinie und Anlage 1) sowie die Übersendung von diesbezüglichen Auswertungen richtet sich nach § 8 der Richtlinie.

§ 9 Auswertung der nach § 7 Absatz 2 zusammengeführten Daten (Follow-up-Verfahren)

(1) ¹Die anhand des patientenidentifizierenden Datums (§ 4 Abs. 2) nach § 7 Absatz 2 zusammengeführten Daten werden von dem IQTIG ausgewertet. ²Die statistische Auswertung erfolgt jeweils in Abhängigkeit von den zeitlichen Vorgaben der jeweiligen Leistungsbereiche, für Leistungsbereiche, die keine gesonderten zeitlichen Auswertungsrhythmen vorsehen, mindestens einmal jährlich. ³Die standortbezogene Auswertung beinhaltet die Berechnung von Qualitätsindikatoren nach bundesweit einheitlichen Rechenvorschriften. ⁴Diese sind von dem IQTIG bis spätestens zum 28. Februar eines Jahres den Berechtigten auf Landes- und Bundesebene zur Verfügung zu stellen.

(2) ¹Für Follow-up-Verfahren betreffend indirekte Verfahren nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie stellt das IQTIG den auf Landesebene beauftragten Stellen die standortbezogenen Follow-up-Auswertungen unverzüglich zur Verfügung. ²Das IQTIG hält die der Auswertung zugrundeliegenden geprüften einschließlich der nach § 7 Absatz 2 zusammengeführten Daten ohne Patientenpseudonym zur Gewährung von Nutzungsmöglichkeiten der das eigene Land betreffenden Daten durch die jeweils auf Landesebene beauftragten Stellen vor. ³Dabei ist eine Zuordnung der Datensätze zu dem Standort eines Krankenhauses vorzunehmen, welches das das Follow-up-Verfahren auslösende Ereignis vorgenommen hat.

(3) Die Übersendung der Auswertungen richtet sich nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie mit der Maßgabe, dass die Auswertungen an das Krankenhaus zu adressieren sind, an dessen Standort das das Follow-up-Verfahren auslösende Ereignis vorgenommen wurde.

§ 10 Weiteres Verfahren

(1) Das weitere Verfahren auf Grundlage der Auswertungen nach § 8 (Auswertungen ohne Patientenpseudonym der Leistungsbereiche nach Anlage 1) richtet sich nach §§ 9 bis 13 der Richtlinie.

(2) ¹Das weitere Verfahren auf der Grundlage der Auswertungen nach § 9 (Follow-up-Verfahren) richtet sich nach §§ 10 bis 13 der Richtlinie. ²Die auf Landesebene beauftragten Stellen führen auf der Grundlage der Auswertungen nach § 9 Absatz 2 Satz 1 die Rückmeldungen an die Krankenhäuser gemäß § 8 Absatz 2 der Richtlinie und den Strukturierten Dialog gemäß §§ 10 bis 13 der Richtlinie durch.

§ 11 Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen

Die auf Landesebene beauftragten Stellen müssen insbesondere die Einhaltung des Datenschutzes nach § 299 SGB V gewährleisten.

§ 12 Anforderungen an die Vertrauensstelle

¹Die Vertrauensstelle ist eine vom G-BA beauftragte Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten pseudonymisiert. ²Sie muss den Anforderungen nach § 299 Absatz 2 SGB V genügen. ³Sie hat die zu pseudonymisierenden, patientenidentifizierenden Daten nach erfolgter Pseudonymisierung und Weiterleitung des Pseudonyms zu löschen. ⁴Eine Reidentifikation von Patientinnen oder Patienten anhand des Patientenpseudonyms ist auszuschließen.

§ 13 Qualifizierte Patienteninformation

¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten 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. ²Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. ³Patientinnen und Patienten erhalten auch Hinweise auf patientenrelevante Informationsquellen unter Berücksichtigung von Empfehlungen der maßgeblichen Organisation nach § 140f SGB V.

§ 14 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 3 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 der Follow-up-Verfahren nicht zulässig.

(2) ¹Da 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. ²Die Verfahren werden weiterhin als Vollerhebung durchgeführt entsprechend § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V. ³Eine Vollerhebung ist notwendig, da davon ausgegangen werden muss, dass die Follow-up-Ereignisse selten sind und von einer Stichprobe nicht für alle Standorte aussagekräftig erfasst werden können. ⁴Nur eine Vollerhebung der Folgeleistung ermöglicht die im Follow-up beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten.

Anhang 1 zur Anlage 3

Der vorliegende Anhang zu Anlage 3 enthält die follow-up-spezifischen Auswertungskriterien für die Leistungsbereiche der Anlage 3.

Follow-up-Verfahren	Follow-up-Indikatoren	
<i>Herzschrittmacherversorgung</i> (Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation)	1	Hardwareprobleme (Aggregat und/oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 8 Jahren
	2	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
	3	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
	4	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
<i>Implantierbare Defibrillatoren</i> (Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation)	1	Hardwareprobleme (Aggregat und/oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 6 Jahren
	2	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
	3	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
<i>Hüftendoprothesenversorgung</i> (Hüftendoprothesen-Erstimplantation, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel, Hüftgelenknahe Femurfraktur – endoprothetische Versorgung)	1	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
<i>Knieendoprothesenversorgung</i> (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)	1	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

<p><i>Perinatalmedizin</i> (Geburtshilfe, Neonatologie)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outcome des Neugeborenen als Qualitätsindikator für die Geburtshilfe bzw. vorbehandelnde Klinik: (Mit Follow-up nach Verlegung in weiterbehandelnde neonatologische Klinik) <ul style="list-style-type: none"> • (Frühe) Neonatale Mortalität • Hypoxisch ischämische Enzephalopathie • Sepsis innerhalb von 72 Stunden 2. Outcome des Neugeborenen als Qualitätsindikator für die weiterbehandelnde neonatologische Klinik: (Adjustiert nach geburtshilflichen Risiken auch bei zuverlegten Kindern) <ul style="list-style-type: none"> • (Neonatale) Sterblichkeit von Risiko-Lebendgeburten • Intra- und periventrikuläre Hirnblutung • Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen • Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen • Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen • Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen • Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung • Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage • Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung 3. Einrichtungsübergreifende Betrachtung <ul style="list-style-type: none"> • Temperatur bei Aufnahme
---	--

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten