

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 in den Verfahren
QS PCI, QS WI und QS NET

Vom 18. Juli 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	3
	Zu § 2 Eckpunkte	3
	Zu § 16 Datenlieferfristen.....	3
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	4
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung.....	4
	Zu § 20 Übergangsregelung.....	5
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI).....	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)	8
2.2	Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	9
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	9
	Zu Anlage I Indikatorenliste (QS WI)	9
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI).....	9
2.3	Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	9
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	9
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	9
	Zu Anlage I Indikatorenliste (QS NET).....	10
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET).....	10
3.	Bürokratiekostenermittlung	10
4.	Verfahrensablauf	10
5.	Fazit	11

6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	11
-----------	--	-----------

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 3:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass neben schwerwiegenden kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und Sterblichkeit auch therapiedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen in das Follow-up des Verfahrens *QS PCI* eingeschlossen sind.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1a Satz 1:

Die Übermittlung der zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe c (Adressdaten für die Patientenbefragung) wird von 7 auf 12 Tage verlängert. Hintergrund der Änderung ist der erste Bericht des IQTIG zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. Dieser hat gezeigt, dass zur bisherigen Datenlieferfrist die Fälle häufig noch nicht administrativ abgeschlossen sind, dass Stornierungen von Datensätzen, Falländerungen oder Nachkodierungen nötig werden. Besonders betroffen sind Fälle mit Entlassung zum Monatsende. Eine Datenlieferfristverlängerung um wenige Tage soll hier Abhilfe schaffen und gleichzeitig gewährleisten, dass der fachlich begründete Befragungszeitraum nicht zu weit ausgedehnt wird. Die bisherige kurze Frist ist für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem unnötig hohen Druck auf eine fristgerechte Lieferung

verbunden. Der erste Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung zur Erprobung der Patientenbefragung hat gezeigt, dass sich die Ausleitung der Adressdaten in vielen Fällen mit der QS-Dokumentation überschneidet. Häufig ist die QS-Dokumentation noch nicht abgeschlossen oder es kommt zur Stornierung von QS-Datensätzen. Noch nicht abgeschlossene Fälle (intern, administrativ) führen dazu, dass Daten nicht fristgerecht geliefert werden können. Zudem sind häufig Nachkodierungen oder Falländerungen notwendig. Entlassungen zum Monatsende und ein somit kleines Bearbeitungsfenster der PPCI-Bögen erhöhen zusätzlich den Druck auf eine fristgerechte Lieferung. Hierdurch entstehen Mehraufwände, denen durch eine Verlängerung der Datenlieferfrist um wenige Tage begegnet werden soll.

Der Evaluationsbericht belegt, dass eine Verlängerung der Übermittlungsfrist der Adressdaten für die Patientenbefragung um wenige Tage keine Auswirkungen auf die Ergebnisse hat, da die Länge des Erinnerungszeitraums (bisher mindestens 20 bis höchstens 50 Tage) anders als zunächst angenommen keinen Einfluss auf Item-Non-Response und Weiß-nicht-(mehr)-Antworten hat.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen im Jahr 2025 beraten und beschließen. Aus diesem Grund sind auch für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 keine Vergütungsabschläge zu erheben.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 2 Satz 3

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch die Stichprobenziehung zur Durchführung der Patientenbefragung um fünf Tage verschiebt.

Zu Absatz 2 Satz 4, Satz 5, Satz 7 und Satz 8:

Die wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung PPCI für den Zeitraum 07/2022 – 10/2023 durch das IQTIG führte zu der Erkenntnis, dass das bisher in der Richtlinie normierte und in der Spezifikation beschriebene Stichprobenverfahren verbessert werden sollte. Eine Fallzahl von jährlich mindestens 200 Patienten wird nicht von allen Leistungserbringern erreicht, und teilweise ist es auch anhand der Vorjahresfallzahlen schwierig für die Versendestelle abzuschätzen, wie viele Listenplätze für das Stichprobenverfahren zu einem Leistungserbringer erstellt werden müssen. Mit der Streichung des Wortes „mindestens“ wird entsprechend eine Flexibilität auch bei kleineren Stichprobenumfängen zum Ausdruck gebracht.

Satz 5 beschreibt wie ein optimierter Stichprobenumfang erreicht wird: nach einer Vorabschätzung der zu erwartenden Fallzahlen des Leistungserbringers wird zu Beginn des Erfassungsjahres eine Anzahl von Listennummern für die Stichprobenziehung festgelegt. Jedoch kann es in der tatsächlichen Liefermenge zu Schwankungen kommen, z.B. durch geringere Fallzahlen oder verspätete Lieferungen. Der Näherungswert von 200 Fällen je Leistungserbringer kann daher nicht immer präzise erreicht werden. Um die möglichen Abweichungen zu minimieren, findet eine regelmäßige Stichprobenoptimierung statt, d.h. es werden die bisher gelieferten Datensätze auf das gesamte Jahr hochgerechnet und die Liste mit den zufälligen Fragebogen-IDs entsprechend angepasst.

Mit der Änderung in Satz 7 wird zudem klargestellt, dass diese anfängliche Schätzung von der Versendestelle laufend anhand der tatsächlich eingehenden Datenlieferungen pro Leistungserbringer überprüft und ggf. angepasst werden muss, um den Stichprobenumfang zu optimieren.

Für die Abschätzung des Stichprobenumfangs und die kontinuierliche Stichprobenoptimierung ist es erforderlich, Fallzahlen eines Leistungserbringers aus dem laufenden sowie aus dem Vorjahr zu verarbeiten, da sowohl Fallzahlen aus dem Vorjahr als auch die laufend beobachteten monatlichen Fallzahlen hierfür benötigt werden.

Zu Absatz 5 Satz 1

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch der Beginn des Zeitraums der Befragung zum Indexeingriff um fünf Tage verschiebt.

Zu Absatz 6 Satz 1

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle um jeweils fünf Tage verschiebt.

Zu Absatz 7 Satz 1

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch die Übermittlung der Tabelle zum Zweck der Vollzähligkeitskontrolle (Soll-Ist-Abgleich) gemäß Teil 1 § 15 Absatz 6 von der Versendestelle an die Bundesauswertungsstelle um fünf Tage verschiebt.

Zu § 20 Übergangsregelung

Die Regelung wird aufgehoben. Die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) ist zum 1. Januar 2019 außer Kraft getreten. Das Qualitätssicherungsverfahren QS PCI wurde zum 1. Januar 2019 in die DeQS-RL überführt. Sämtliche Maßnahmen der Qualitätssicherung zu den bis zum 31. Dezember 2018 im Rahmen der Qesü-RL erbrachten Indexeingriffe sind mittlerweile abgeschlossen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PCI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) und den mit Beschluss vom 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegebenen Bericht des IQTIG *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* verwiesen.

Ab dem Erfassungsjahr 2025 entfallen im Verfahren QS PCI verschiedene Indikatoren bzw. werden pausiert, um sie überarbeiten zu können. Hintergrund dieser Entscheidung sind die Empfehlungen des IQTIG, die im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ dargelegt sind (sofern nicht

anders formuliert, beziehen sich sämtliche Seitenangaben der vorliegenden Ausführungen auf diesen Bericht).¹

Die Empfehlungen des IQTIG resultieren einerseits aus der Überprüfung der methodischen Eignungskriterien für jeden einzelnen Indikator und andererseits aus einer Aufwand-Nutzen-Abwägung. Dabei wurde die Eignung des Qualitätsindikators im Hinblick auf die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten, der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, das Potenzial zur Verbesserung, die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss sowie des Weiteren die Eignung der Operationalisierung des Indikators beurteilt (Objektivität, Reliabilität und Validität der Messung).

Zur Abschaffung empfohlene Qualitätsindikatoren

Konkret werden folgende Indikatoren zur Abschaffung empfohlen:

- ID 56005 Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
- ID 56006 Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²
- ID 56007 Einzeitige-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²
- ID 56008 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
- ID 56001 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
- ID 56016 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Auf die einzelnen Begründungen wird im Folgenden näher eingegangen.

Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID´s 56005, 56006, 56007, 56008)

Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ abzuschaffen. Ausschlaggebend für diese Empfehlung ist die bestehende mehrfache Erhebung des Dosis-Flächen-Produkts und Überprüfung des Strahlenschutzes durch weitere gesetzliche Vorgaben und Maßnahmen, insbesondere in Form (siehe z.B. S. 79)

- der Überprüfungen durch die ärztlichen Stellen zum Strahlenschutz (gem. § 130 StrlSchV) und der verpflichtenden Einbindung einer Medizinphysikexpertin / eines Medizinphysikexperten (gem. § 14 des StrlSchG und § 131 Abs. 2 Nr. 3 u. 4 der StrlSchV) sowie
- der Meldepflicht von bedeutsamen Vorkommnissen (§ 108 StrlSchV) in Verbindung mit Anlage 14 & 15 zu § 108 StrlSchV.

Hinzu kommt, dass beispielsweise bei Durchführung einer Koronarangiographie in zentral angebundenen Einrichtungen wie einem Herzkatheterlabor ein vom Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) empfohlenes Dosismanagementsystem angewendet werden kann, das bei Überschreitung der diagnostischen Referenzwerte (DRW) i. d. R. automatisch eine intramurale QM-Maßnahme nach sich zieht.

Eine redundante Erhebung und Nachweispflicht durch die Leistungserbringer sowie mehrfache Überprüfung des Strahlenschutzes durch verschiedene Institutionen entspricht grundsätzlich nicht dem G-BA-Eckpunktebeschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1039/>), der insbesondere das Ziel verfolgt, die Qualitätssicherung zukünftig so effektiv und effizient wie möglich zu gestalten. Eine Erhebung mittels Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist laut IQTIG für diese Indikatoren nicht möglich,

¹ IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 22.03.2024).

da die zur Berechnung erforderlichen Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt über die Sozialdaten nicht abgebildet werden können. Die Indikatoren weisen jeweils methodische Einschränkungen auf, die vom IQTIG in der Gesamtschau und vor dem Hintergrund der oben genannten bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Maßnahmen zur Sicherung des Strahlenschutzes zu einer Abschaffungsempfehlung führten.

Das IQTG hat die Berechnungsmethodik für diese Indikatoren im Verfahren QS PCI zwischenzeitlich für die Erfassungsjahre 2023 und 2024 grundlegend umgestellt. Vor diesem Hintergrund und angesichts der vom IQTIG festgestellten grundsätzlichen Sinnhaftigkeit der Indikatoren soll vom IQTIG nach den Erfahrungen mit den neu berechneten Indikatoren im Verfahren QS PCI erneut eine Bewertung vorgenommen werden. Dabei soll auch das Ausmaß der Redundanzen mit den genannten anderen Qualitätssicherungsinitiativen noch einmal bewertet werden.

Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund (ID 56001)

Der Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (ID 56001) wird ebenfalls vom IQTIG zur Abschaffung empfohlen. Ihm wird eine geringe Validität attestiert, die als stark limitierend und nicht verbesserbar eingestuft wird. Die Operationalisierung des Indikators stuft das IQTIG insgesamt als nicht geeignet für die Qualitätssicherung ein. Konkret sieht es das IQTIG als nicht gerechtfertigt an, vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines pathologischen Befundes nach einer diagnostischen Koronarangiographie auf die Qualität der Indikation, welche vor der Untersuchung gestellt wird, zu schließen. Auch bei Nichtvorliegen eines pathologischen Befundes bzw. bei Ausschluss einer KHK nach einer diagnostischen Koronarangiographie kann der Eingriff – insbesondere bei Vorliegen präprozeduraler Ischämiezeichen - indiziert gewesen sein. Vor diesem Hintergrund ist das Nichtvorliegen eines pathologischen Befundes kein geeigneter Surrogatparameter zur Beurteilung der Qualität der Indikationsstellung (siehe S. 66). Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität des Indikators entspricht. Da bereits über den Indikator 56000 die Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiographie überprüft wird, sieht das IQTIG gegenwärtig keinen zusätzlichen Bedarf für eine darüberhinausgehende fallbezogene Überprüfung der Indikationsstellung zur diagnostischen Koronarangiographie.

Seit Juli 2022 werden zudem über die Patientenbefragung Merkmale der Indikationsstellung aus Patientenperspektive für elektive Prozeduren erfasst.

Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (ID 56016)

Ebenso konnte auch für den Indikator 56016 (Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI) der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt werden, sodass das IQTIG die Abschaffung dieses Indikators empfiehlt. Des Weiteren ergaben sich Hinweise auf Deckeneffekte und methodische Einschränkungen (mittlere Validität und fehlende Risikoadjustierung). Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht. Auch eine Erhebung mittels Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist laut IQTIG nicht möglich, da die zur Berechnung erforderlichen Angaben nicht über Sozialdaten abgebildet werden können.

Für Patientinnen und Patienten mit einer symptomatischen KHK ist der patientenrelevante Endpunkt bei einer elektiven PCI die Symptomverbesserung. Dieses Interventionsziel wird seit Juli 2022 zudem durch die Patientenbefragung erhoben.

Zum „Pausieren und Überarbeiten“ bzw. zur Umwandlung in ein AK oder eine Kennzahl empfohlene Qualitätsindikatoren

Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ (IDs 56026, 56024)

Für die Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ wurde im Rahmen der Überprüfung sowohl für den Indikator 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit) als auch für den Indikator 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als „nicht gegeben“ festgestellt, da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden bzw. auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden kann. Hinzu kommt eine eingeschränkte Risikoadjustierung, da nicht alle relevanten Einflussfaktoren im bestehenden Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt werden. Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für beide Indikatoren als eher hoch beurteilt. Eine ausschließliche Erhebung auf Basis von Sozialdaten zur weiteren Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist jedoch nicht möglich, da nicht alle in das Risikoadjustierungsmodell eingeschlossenen Faktoren aus den Sozialdaten erhoben werden können. Daher empfiehlt das IQTIG beide Indikatoren zur Abschaffung. Da die Sterblichkeitsraten jedoch für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer von hohem Nutzen sein können, werden beide Indikatoren – auf Empfehlung des IQTIG- als Kennzahlen weitergeführt (siehe S. 339f.).

„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt (ID 56004)

Für den Indikator 56004 („Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt) hat sich im Ergebnis der Prüfung gezeigt, dass der Indikator keine direkte Bedeutung für die Patientinnen und Patienten aufweist, da er eher die Dokumentations- als die Versorgungsqualität adressiert. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, den Indikator abzuschaffen und in ein Auffälligkeitskriterium der Datenvalidierung zu überführen (siehe S. 338).

Indikatorengruppe „Kontrastmittelverbrauch“ (IDs 56009 bis 56011)

Im Weiteren konnte für die Indikatorengruppe „Kontrastmittelverbrauch“ (IDs 56009 bis 56011) der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt werden. Da sich im Ergebnis der durchgeführten Leitlinienrecherche jedoch für eine Subgruppe (Patientinnen und Patienten mit manifester Nierenschädigung) Evidenz für dieses Qualitätsmerkmal gezeigt hat, empfiehlt das IQTIG, die Qualitätsindikatoren zu pausieren und zu überarbeiten (siehe S. 339), was einer vorübergehenden Aussetzung zunächst für das Erfassungsjahr 2025 entspricht.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen im Jahr 2025 beraten und beschließen.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS WI)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS WI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen im Jahr 2025 beraten und beschließen. Aus diesem Grund sind auch für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 keine Vergütungsabschläge zu erheben.

Zu § 19 Übergangsregelung

Zu Absatz 1

Die Regelung in Absatz 1 wird aufgehoben. Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) ist zum 1. Januar 2020 außer Kraft getreten.

Dialysebehandlungen werden seit dem 1. Januar 2020 im Qualitätssicherungsverfahren QS NET der DeQS-RL erfasst. Sämtliche Maßnahmen der Qualitätssicherung zu den bis zum 31. Dezember 2019 im Rahmen der QSD-RL erbrachten Dialysebehandlungen sind mittlerweile abgeschlossen.

Zu Absatz 3:

Um das Verfahren begleiten und weiterentwickeln zu können, setzte das IQTIG bei der Verfahrenseinführung übergangsweise, bis zur Aufstellung des Expertengremiums „QS NET“, ein Expertengremium auf Basis der Bundesfachgruppe „Nieren und Pankreastransplantation“ ein. Die Gründung des Expertengremiums nach § 14 erfolgte mittlerweile, weshalb die Übergangsregelung in Absatz 3 aufgehoben wird.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS NET)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS NET basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. *Aus den Änderungen in den Dokumentationsvorgaben* resultiert eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 569.454 Euro. Infolge der Änderungen von Ausfüllhinweisen entstehen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 116.782 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 28. November 2023 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (*AG DeQS*) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
28. November 2023	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
19. März 2024	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
9. April 2024	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
22. Mai 2024	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren

5. Juni 2024	UA QS	Auswertung Stellungnahme
18. Juli 2024	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 9. April 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 19. April 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 17. Mai 2024.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 17. Mai 2024 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut hat bis zum Ablauf der vierwöchigen Stellungnahmefrist am 17. Mai 2024 keine Stellungnahme abgegeben.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2024 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Schreiben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 18. Juli 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 in den Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehende sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert. Leistungserbringer im vorliegenden Zusammenhang sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, ambulant und stationär tätige Dialyseeinrichtungen, nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte, die im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

Zur Abschätzung der voraussichtlich entstehenden Bürokratiekosten sind nur solche Änderungen in den jeweiligen themenspezifischen Vorgaben im Rahmen der DeQS-RL zu betrachten, welche bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Vergleich zum Ist-Zustand bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in die Bürokratiekostenermittlung.

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten ambulanten Einrichtungen und Krankenhausstandorte) dient der Bundesqualitätsbericht 2023 des IQTIG.

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert.

Zum Erfassungsjahr 2023 ergeben sich im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) hinsichtlich der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation keine Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im Sinne von neuen und/oder gestrichenen Datenfelder für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbe-
reichen anfallende Fallzahlen, welche dem Bundesqualitätsbericht 2023 entnommen sind,
werden im Folgenden beschrieben. Aufgeführt sind jene Leistungsbereiche, deren Dokumen-
tationsvorgaben eine Veränderung erfahren. Zudem werden lediglich die manuell zu doku-
mentierenden Datenfelder betrachtet. Aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindli-
cher Softwarelösungen ist eine Unterscheidung in manuell einzugebende Bogenfelder einer-
seits sowie bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und
daher für die QS automatisch befüllbare Bogenfelder andererseits nicht in allen Fällen trenn-
scharf zu treffen. Bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen wird
zudem regelhaft geprüft, inwiefern die Möglichkeit zur automatischen Ausleitung von Daten
aus dem Krankenhausinformationssystem besteht, um die Dokumentationsvorgänge mög-
lichst anwenderfreundlich zu gestalten. Je nach Umfang der Nutzung dieser Möglichkeiten
können die Aufwände insofern in der Praxis variieren.

Als Datenfelder, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Export der Daten aus
dem Krankenhausinformationssystem-KIS) und welche somit nicht in der nachstehenden Zäh-
lung enthalten sind, wurden solche Datenfelder gezählt, die zu Abrechnungszwecken bzw. zur
DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 301 SGB V) bzw. das
InEK (gemäß § 21 KHEntgG) übermittelt werden. Neben der Versichertennummer sind dies
beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, Prozeduren (OPS-Kodes),
OPS-Datum, Haupt- und Sekundär Diagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum oder entlassen-
der Standort.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der manuellen Befüllung der Datenfelder
um eine komplexe Tätigkeit einschließlich der Recherche in der Patientenakte handelt, die
ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt und somit ein hohes Qualifikationsniveau
(59,10 Euro/h) voraussetzt. Der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes
notwendig ist, wird im Schnitt auf 0,3 Minuten geschätzt. Hieraus ergeben sich im Durch-
schnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt
0,2955 Euro.

1.1 Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im QS Verfahren PCI

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren PCI er-
weitern sich die Dokumentationsvorgaben für die Leistungserbringerinnen und Leistungser-
bringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zum QS-Verfahren PCI sehen vor, dass ein
manuell zu dokumentierendes Datenfeld (Zugangsweg) neu aufgenommen wird und fünf ma-
nuell zu dokumentierende Datenfelder gestrichen werden. Somit müssen die Leistungserbrin-
gerinnen und Leistungserbringer zukünftig vier Datenfelder weniger als bisher im Rahmen des
QS Verfahren PCI dokumentieren.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von 714.881 im Rahmen des QS-Verfahrens
PCI dokumentierten Eingriffe ergibt sich somit eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten
um etwa 844.989 Euro (4 x 0,2955 Euro x 714.881).

1.2 Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im QS-Verfahren NET

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen Dialysedokumentation im Rahmen des QS-
Verfahren NET erweitern sich für dieses QS-Verfahren die Dokumentationsvorgaben der Lei-
stungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zur Dialyse im Rahmen des QS-

Verfahrens QS NET sehen vor, dass sieben manuell zu dokumentierende Datenfelder – (1) *renale Grunderkrankung*, (2) *Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie angeboten?*, (3) *Hämodialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?*, (4) *Peritonealdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?*, (5) *Heimdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?*, (6) *Nierentransplantation: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?*, (7) *Lebendorgan-spende: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?* – neu aufgenommen werden.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von etwa 95.000 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung¹ und etwa 15.000 im Rahmen der stationären Versorgung behandelter Dialysepatientinnen und -patienten ergibt sich aufgrund der Aufnahme der neuen Datenfelder eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um 275.535 Euro (7 x 0,2955 Euro x 110.000).

Davon entfallen rund 196.508 Euro (7 x 0,2955 x 95.000) auf die ambulanten Dialyseeinrichtungen und rund 31.028 Euro (7 x 0,2955 x 15.000) auf Dialyseeinrichtungen im stationären Sektor.

2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

Darüber hinaus ist ein zusätzlicher Aufwand für die Änderungen der Ausfüllhinweise zu berücksichtigen. Entsprechend der Zeitwerttabelle können hierfür einmalig 48 Minuten je vertragsärztliche Einrichtung bzw. Krankenhausstandort je Verfahren angesetzt werden, bei mindestens einer relevanten Änderung in einem manuell zu dokumentierenden Datenfeld:

Tabelle 2: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

Standardaktivität	Komplexitätsgrad	Zeit in Min.
Einarbeitung in die Informationspflicht	mittel	15
Interne Sitzungen	mittel	30
Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	einfach	3
Gesamt		48

Die nachstehende Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je Leistungsbereich betroffenen Einrichtungen gemäß IQTIG Bundesqualitätsbericht 2023 dargestellt.

¹ <https://www.g-ba.de/beschluesse/5402/>: BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH. Evaluation der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) – Abschlussbericht, 10.01.2022, S. 18 (Abruf: 16.05.2024)

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Verfahren: Leistungsbereich	Einrichtungen/KH-Standorte 2022 je Verfahren		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
	ambulant	stationär	
QS PCI:			
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	302	1.040	1.073,6
QS NET:			
Fallbezogene QS-Dokumentation Dialyse	730	320	840
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX)	-	39	31,2
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up (PNTXFU)	-	39	31,2
Zeitaufwand gesamt in h			1.976

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (59,1 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 1.976 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 116.782 Euro (59,1 Euro x 1.976 h).

Hiervon entfallen 48.793 Euro (59,1 Euro x 825,6 h) auf ambulant tätige Leistungserbringer und 67.989 Euro (59,1 Euro x 1.150,4 h) auf stationäre Leistungserbringer.

3. Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich aus den Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 in den QS-Verfahren PCI und NET der DeQS-RL infolge der Änderungen in den Dokumentationsvorgaben eine Entlastung der jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 569.454 Euro. Aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 116.782 Euro.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben QS PCI	-844.989 Euro	
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben QS NET	275.535 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		116.782 Euro
Gesamt:	-569.454 Euro	116.782 Euro



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 in den Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET

Stand: 19.04.2024

Legende:

Dissente Punkte bzw. Prüfvorbehalte sind **gelb** hinterlegt.

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Vom **18. Juli 2024**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **18. Juli 2024** beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **T. Monat JJJJ** (BAnz AT **TT.MM.JJJJ BX**) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) wird wie folgt geändert:
 1. In § 2 Absatz 3 Satz 2 wird nach dem Wortlaut „(MACCE)“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Sterblichkeit“ die Wörter „, punktionsnahe Komplikationen und therapiebedürftige Blutungen“ eingefügt.
 - 2.

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
[keine Übernahme]	§ 16 Absatz 1a wird wie folgt geändert: In Satz 1 werden die Wörter „7. Tag des Monats“ durch die Wörter „14. Tag des Monats“ ersetzt.	§ 16 Absatz 1a wird wie folgt geändert: In Satz 1 werden die Wörter „Abweichend von“ durch die Wörter „Analog zu“, wird das Wort „Vormonat“ durch das Wort „Vorquartal“ und werden die Wörter „7. Tag des Monats“ durch die Wörter „15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15.

		November (Quartal 3) und 15. Februar“ ersetzt.
--	--	--

3. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2023“ die Angabe „2024 und 2025“ eingefügt.

4. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
[keine Übernahme]	In Satz 1 wird das Wort „monatlich“ durch das Wort „quartalsweise“ ersetzt.

bb)

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
[keine Übernahme]	In Satz 3 werden die Wörter „15. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag“ durch die Wörter „22. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag“ ersetzt.	In Satz 3 werden die Wörter „15. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag“ durch die Wörter „23. Mai, 23. August, 23. November und 23. Februar bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag“ ersetzt.

cc) In Satz 4 wird das Wort „mindestens“ durch das Wort „näherungsweise“ ersetzt.

dd) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die 200 Fälle sind dabei näherungsweise durch kontinuierliche Optimierung der Stichprobenziehung zu erreichen.“

ee) Im neuen Satz 7 werden nach den Wörtern „die Versendestelle jährlich“ die Wörter „zu Validierungszwecken“ eingefügt.

ff) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Teil 1 § 11a Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie darf die Versendestelle das Leistungserbringerpseudonym und die Anzahl der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für das laufende Jahr und das Vorjahr übermittelten Datensätze sowie die nach Satz 6 von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Daten solange verarbeiten, wie dies für Zwecke nach Sätzen 4 bis 6 erforderlich ist; diese Daten sind spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen.“

b) In Absatz 5

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
[keine Übernahme]	Satz 1 werden die Wörter „zwei Wochen“ durch die Wörter „drei Wochen“ und die Wörter	Satz 1 werden die Wörter „zwei Wochen“ durch die Wörter „acht Wochen“ und die Wörter „zwölf Wochen“ durch die Wörter

	„zwölf Wochen“ durch die Wörter „dreizehn Wochen“ ersetzt.	„zweiundzwanzig Wochen“ ersetzt.
--	--	----------------------------------

c) In Absatz 6

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
[keine Übernahme]	Satz 1 werden die Wörter „20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar“ durch die Wörter „27. April, 27. Juli, 27. November und 20. Januar“ ersetzt.	Satz 1 werden die Wörter „20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar“ durch die Wörter 28. Mai, 28. August, 28. November und 28. Februar ersetzt.

d) In Absatz 7

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
[keine Übernahme]	Satz 1 werden die Wörter „20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar“ durch die Wörter „27. April, 27. Juli, 27. November und 20. Januar“ ersetzt.	Satz 1 werden die Wörter „20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar“ durch die Wörter 28. Mai, 28. August, 28. November und 28. Februar ersetzt.

- § 20 wird aufgehoben.
- Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Indikatorenliste Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

a) QS-Dokumentationsdaten/ Sozialdaten

1	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)
ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig) mit der führenden Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“, die auf der Grundlage gesicherter oder fraglicher, objektiver (apparativer), nicht-invasiver Ischämiezeichen durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig), bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung

Kommentiert [A1]: UA QS 09.04.2024:

QI 56005, QI ID 56006, QI ID 56007 und QI ID 56008

PatV:

keine Übernahme der IQTIG-Empfehlungen zur Streichung

GKV-SV/DKG/ KBV:

Übernahme der IQTIG-Empfehlungen zur Streichung

2	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Thrombininjektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographie/PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt
ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen

Qualitätsziel	unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
ID	56022
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag) aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
ID	56024

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

b) Patientenbefragung

1	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
ID	56100
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
ID	56101
Beschreibung	Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit

	verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann.
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur
ID	56102
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie bzw. PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten.
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
ID	56103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei ablief und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut

Indikatortyp	deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist. Prozessindikator
6	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
ID	56106
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen informiert wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, informiert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw.

Qualitätsziel	Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden. Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
ID	56109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.
Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Patienteninformation nach der Prozedur

ID	56111
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
15	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

ID	56114
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.
Indikatortyp	Prozessindikator
16	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
ID	56115
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Indikatortyp	Prozessindikator
17	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
ID	56116
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur
ID	56117
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatome aufweisen.

Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

“

7. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X	
2	Vorgangsnummer, [Basis]	X			X	
3	Vorgangsnummer, (GUID) [Basis]	X			X	
4	Versionsnummer [Basis]				X	

Kommentiert [A2]: UA QS 09.04.2024:

PatV:
keine Übernahme von Folgeanpassungen im Zusammenhang mit den IQTIG-Empfehlungen zur Streichung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt

GKV-SV/ DKG/ KBV:
Übernahme von Folgeanpassungen im Zusammenhang mit den IQTIG-Empfehlungen zur Streichung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt

5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X	X
11	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X		
12	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X	
13	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X	
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig ⁴	X	X	X	X	
17	behandelnder Standort 6-stellig ⁵	X	X	X		
18	Fachabteilung	X				
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X	
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X		

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

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

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

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

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

21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X	
22	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X		X		
24	Aufnahmedatum (stationär)	X	X			X
25	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X		
26	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X		
27	Körpergröße		X	X		
28	Körpergröße unbekannt		X	X		
29	Körpergewicht		X	X		
30	Körpergewicht unbekannt		X	X		
31	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X	
32	Vorgangsnummer [Prozedur]	X			X	
33	Vorgangsnummer (GUID) [Prozedur]	X			X	
34	Versionsnummer [Prozedur]				X	
35	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?		X	X	X	
36	Datum der Prozedur	X	X			X
37	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁸	X		X	X	
38	Quartal der Operation ⁹	X		X	X	
39	akutes Koronarsyndrom		X	X	X	X

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

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

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

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

40	Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		X	X		X
41	Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)		X	X		X
42	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		X	X		
43	Zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		X	X		
44	Herzinsuffizienz		X	X	X	X
45	kardiogener Schock		X	X		X
46	Art der Prozedur		X	X	X	X
47	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X		
48	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X	X
49	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
50	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
51	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
52	Dialysepflicht		X	X		
53	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X		
54	Zugangsweg		X	X		
55	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X	
56	Vorgangsnummer [Koronarangiographie]	X			X	
57	Vorgangsnummer, (GUID) [Koronarangiographie]	X			X	
58	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
59	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X	

Kommentiert [RT3]: UA QS 09.04.2024:
KBV: Streichung der Schlüsselwerte 8 und 5, da keine GKV-Leistung (vertragsärztlicher Bereich)
GKV: Bitte an IQTIG um Prüfung einer differenzierenden Spezifizierung

Kommentiert [A4]: UA QS 09.04.2024:
DF 49 bis 52
KBV: Streichung
GKV-SV/DKG: beibehalten

60	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?		X		X	
61	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X		X
62	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ¹⁰	X		X		X
63	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X	
64	Vorgangsnummer [PCI]	X			X	
65	Vorgangsnummer, (GUID) [PCI]	X			X	
66	Versionsnummer [PCI]				X	
67	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
68	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X	
69	Indikation zur PCI		X	X	X	X
70	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme bzw. des Behandlungsfalls?		X	X	X	
71	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹¹ [PCI]	X		X		X
72	PCI an Hauptstamm		X	X		X
73	PCI an LAD		X	X		X

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.

74	PCI an RCX		X	X		X
75	PCI an RCA		X	X		X
76	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X	X
77	PCI am kompletten Gefäßverschluss		X	X		X
78	PCI eines Koronarbypasses		X	X		X
79	PCI am ungeschützten Hauptstamm		X	X		X
80	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA		X	X		X
81	PCI am letzten verbliebenen Gefäß		X	X		X
82	PCI an einer In-Stent Stenose		X	X		X
83	PCI an einer Bifurkationsstenose		X	X		X
84	sonstiges		X	X		X
85	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X		
86	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X	
87	Door-Zeitpunkt (Datum)		X			
88	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
89	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X			
90	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
91	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X	
92	koronarer Verschluss		X	X		
93	TIA/Schlaganfall		X	X		
94	Exitus im Herzkatheterlabor		X	X		
95	sonstige		X	X		
96	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X	
97	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X			
98	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X	

99	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X			
100	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		X	X	X	X
101	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall-CABG-Operation		X			X
102	postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie		X	X	X	
103	Datum der postprozeduralen Transfusion		X			
104	postprozedurales Aneurysma spurium		X	X	X	
105	Datum des postprozeduralen Aneurysma spuriums		X			
106	Entlassungsdatum	X				X
107	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ¹²	X		X		X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			

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

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

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

5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer	X			X	
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund		X	X		X
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X
9	Letzter (endgültiger) Entlassungs-	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X

	grund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)						
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

	gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
12	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Behandlung relevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
13	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sec	X	X	X		X

	Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		

17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
§ 301 (AMBO)							
18	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X	
19	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
20	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
21	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
22	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X
23	Liste der Behandlung	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag	X	X	X		X

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

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

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

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

	sdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	nose.Diagnoseschlüssel@icd					
24	Sicherheit der primären Behandlung sdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
25	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
26	Sicherheit der sekundären Behandlung sdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
27	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X

	Katalog gemäß Spezifikation ⁸						
28	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
29	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
30	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
31	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X	
32	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
33	KV-Region der Praxis	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	

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

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

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

	aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹						
34	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
35	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
36	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			X
37	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
38	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
39	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
40	Datum der GO-Nr. ACHTUNG:	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X

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

	Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!						
41	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
§ 284 (Stammdaten)							
42	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X		X
43	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
44	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
45	Versicherungsnummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X
46	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals	Stamm@versicherungsdatum				X	

	(Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²						
47	Ja-/Nein- Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 300 (Apotheken)							
48	Angabe der Quelle des Datensatze s ¹³	source(300)@quelle				X	
49	Art der Identifikati onsnum mer des Leistungser bringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	
50	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregi on			X	X	
51	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@numm er	X	X			
52	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			X
53	Kennzeiche n nach § 4 der Vereinbaru ng nach § 300 SGB V (PZN,	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder	X		X		

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

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

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

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

	Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)						
54	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	
55	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		X
56	Gegebenen falls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet	X	X	X		X
§ 295 (selektivvertraglich)							
57	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶	source(295s)@quelle				X	
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
59	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
60	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3	X	X			

¹⁶ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

¹⁸ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

		Betriebsstättennummer@nummer					
61	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁹	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers}@art				X	
62	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers}@bundesland			X	X	
63	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
64	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
65	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
66	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X				

¹⁹ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

²⁰ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

	n (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)						
67	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
68	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
69	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
70	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
Administrative Daten							
71	IKNR der Krankenkasse ²¹	Admin@kasseiknr	X			X	
72	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
73	Anzahl der Versicherten zum Tag der	Admin@versichertenzahl				X	

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

	Lieferung						
74	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ²²	Admin@dienstleister				X	

c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1 ^{***}	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)[Basis]				X	
2 ^{***}	Vorgangsnummer[Basis] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ¹	X			X	
3 ^{***}	Vorgangsnummer (GUID) [Basis] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ²	X			X	
4 ^{***}	Versionsnummer [Basis]				X	
5 [*]	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	

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

¹ Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

² Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
6*	Modulbezeichnung				X	
7***	Teildatensatz oder Bogen				X	
8***	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9*	Status des Leistungserbringers	X			X	
10*	Art der Leistungserbringung	X			X	
11***	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ³	X			X	
12**	entlassender Standort 6-stellig ⁴	X	X	X	X	
13***	GKV-Versichertenstatus ⁵	X			X	
14****	Titel				X	
15****	Vorsatzwort				X	
16****	Namenszusatz				X	
17****	Nachname				X	
18****	Vorname				X	
19****	Adresszusatz				X	
20****	Straße und Hausnummer				X	
21****	Postleitzahl				X	
22****	Wohnort				X	
23****	Land				X	
24**	Institutionskennzeichen	X			X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
25**	behandelnder Standort 6-stellig ⁶	X	X	X		
26**	Betriebsstättennummer ambulant	X	X			
27**	Nebenbetriebsstättennummer	X	X			
28***	Geschlecht	X			X	
29***	Aufnahmedatum (stationär)	X				
30***	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)[Prozedur]				X	
31***	Vorgangsnummer [Prozedur] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ⁷	X			X	
32***	Vorgangsnummer (GUID) [Prozedur] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ⁸	X			X	
33***	Versionsnummer [Prozedur]				X	

⁶ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁷ Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

⁸ Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
36***	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X	
35***	Datum der Prozedur	X			X	
36***	Quartal der Operation ⁹	X			X	
37***	Art der Prozedur				X	
38***	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			X	
39***	Dringlichkeit der Prozedur				X	
40***	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X	
41***	Vorgangsnummer[Koronarangiographie] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ¹⁰	X			X	
42***	Vorgangsnummer (GUID)[Koronarangiographie] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) ¹¹	X			X	

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

10 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

11 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
43***	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
44***	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes[Koronarangiographie]				X	
45***	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X	
46***	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹² [Koronarangiographie]	X			X	
47***	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X	
48***	Vorgangsnummer[PCI] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung)	X			X	
49***	Vorgangsnummer (GUID) [PCI] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung)	X			X	

und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
50***	Versionsnummer [PCI]				X	
51***	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
52***	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X	
53***	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹³ [PCI]	X			X	
54***	Patient verstorben	X				
55***	Entlassungsdatum	X				

* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

**** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

“

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) wird wie folgt geändert:

1. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
2. In Anlage I Tabelle Buchstabe d Kennzahlenliste wird jeweils das Wort „Transparenzkennzahl“ durch das Wort „Kennzahl“ ersetzt.

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

3. Anlage II Tabellen Buchstaben a bis c werden wie folgt gefasst:

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung				X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)		X	X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	X	X	X		
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TAs TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	(Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴					
§ 301 (AMBO)						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	X		X		
27	Tag des Zugangs	X		X		
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
29	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	X	X		

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

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose		X	X		
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	X	X	X		
32	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	X		X		
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	X	X	X		
37	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X			
§ 295 (kollektivvertraglich)						

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	EBM-Katalog gemäß Spezifikation					
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	X	X			
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴				X	
58	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		

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

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

¹⁴ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
59	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶			X	X	
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷				X	
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸			X	X	
65	BSNR der Praxis	X		X		
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	X	X	X		
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X		X		
68	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation	X	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	(grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)					
70	Sicherheit der Diagnose		X	X		
71	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
§ 284 (Stammdaten)						
72	Geschlecht des Versicherten	X		X		
73	Geburtsjahr des Versicherten	X		X		
74	Sterbedatum des Versicherten		X	X		
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹⁹				X	
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal			X	X	
Administrative Daten						
77	IKNR der Krankenkasse	X			X	
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei				X	
79	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung				X	

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
80	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ²⁰				X	

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fallidentifikationen	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-Up-Information
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung				X	
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)		X	X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	X		X		
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TAS TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft					
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴			X		
§ 301 (AMBO)						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen			X	X	

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

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷					
26	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
27	Tag des Zugangs	X		X		
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
29	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose			X		
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	X	X	X		
32	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach	X		X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸					
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	X	X	X		
37	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X		X	
§ 295 (kollektivvertraglich)						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹				X	
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰				X	
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹			X	X	
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	X		X		
43	Behandlungsart		X	X		
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	X	X	X		
48	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)		X	X		
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	X		X		
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	X	X			
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²				X	

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴				X	
58	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
59	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶			X	X	
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				

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

¹⁴ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
13	entlassender Standort 6-stellig ⁴				X	
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X		X
15	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X	
17	Geburtsjahr ⁷	X		X		X
18	Geschlecht	X		X		X
19	auslösende ICD-Kodes ⁸	X	X	X		X
20	auslösende OPS-Kodes ⁹	X	X	X		X
21	Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?	X	X	X	X	X
22	Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion	X	X	X		X
23	Wundinfektionstiefe		X	X		X
24	Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der			X		X

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?					
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X		X
26	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X			X	X
27	Wochentag 1 - 7 ¹¹			X		
28	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X	

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 3: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) wird wie folgt geändert:

1. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2023“ die Angabe „ 2024 und 2025“ eingefügt.

2. In § 19 werden die Absätze 1 und 3 aufgehoben.

3. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

a) Dialyse

Indikatorenliste Dialyse

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

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

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

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

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

Indikatortyp	Ergebnisindikator
--------------	-------------------

Kennzahlenliste Dialyse

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

ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Ernährungsstatus
ID	572007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

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

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

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

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
21	10-Jahres-Überleben
ID	572015
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
22	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

b) Nierentransplantation

Indikatorenliste Nierentransplantation

1	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation
ID	572016
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572017
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572019
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572020
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation
ID	302300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572021

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung
ID	572022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
ID	572023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)
ID	572024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer

Qualitätsziel	Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation. Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
ID	572032
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Nierentransplantation

1	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
ID	572026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572027
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572028

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572029
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572100
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572101
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
ID	572033

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
ID	572034
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
ID	572035
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

c) Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Indikatorenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572036
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

2		1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572037	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572039	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572041	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation
ID	312300	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung
ID	572043	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung.	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich	

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

Kennzahlenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

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

4. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X	
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X	

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
12	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X	
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X	
14	Institutionskennzeichen	X			X	
15	entlassender Standort 6-stellig ⁴	X	X	X		
16	behandelnder Standort 6-stellig ⁵	X	X	X		
17	Fachabteilung	X		X		
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X		
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶		X	X	X	
21	Quartal des Aufnahmetages ⁷	X			X	

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

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

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

5 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten exportiert und nur dann für die externe Qualitätssicherung verwendet oder an das Transplantationsregister weitergeleitet, wenn entsprechend eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ bzw. „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
22	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X	X	X		
24	Therapiestatus			X	X	
25	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	X	X	X		
26	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt		X	X	X	
27	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X	
28	renale Grunderkrankung		X	X		
29	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X	
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
31	Vorgangsnummer	X			X	
32	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
35	Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über Behandlungsmöglichkeiten		X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	ohne Nierenersatztherapie angeboten?					
36	Hämodialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
37	Peritonealdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
38	Heimdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
39	Nierentransplantation: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
40	Lebendorganspende: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
41	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X	
42	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation ⁹		X	X		
43	Jahr des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation ¹⁰				X	
44	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X	
45	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X		
46	Aufnahme auf die Warteliste		X	X		
47	Komorbiditäten		X	X	X	
48	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X		
49	Herzinsuffizienz		X	X		
50	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X		
51	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X		
52	arterielle Hypertonie		X	X		
53	Diabetes mellitus		X	X		

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse“ und „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
54	Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt		X	X		
55	Virushepatitis		X	X		
56	HIV-Infektion		X	X		
57	Malignom		X	X		
58	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X		
59	Demenz		X	X		
60	Depression		X	X		
61	andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen		X	X	X	
62	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X	
63	Datum der letzten Nierentransplantation		X			
64	Datum der Nierentransplantation unbekannt				X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
66	Vorgangsnummer	X			X	
67	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
68	Versionsnummer				X	
69	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
70	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
71	Dialyseverfahren		X	X	X	
72	Prozedurenschlüssel ¹¹	X				
73	Gebührenordnungsposition (GOP) ¹²	X				
74	Dialysedatum	X	X			
75	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ¹³		X	X		
76	Quartal der Operation ¹⁴	X			X	
77	Zugangsart		X	X		
78	effektive Dialysedauer		X	X		
79	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X	
80	mechanische Komplikation		X	X		
81	Infektion		X	X		
82	sonstige Komplikation		X	X		
83	Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?			X	X	
84	Datum der Referenzdialyse		X			
85	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse		X	X		

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.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
86	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt		X		X	
87	Serumalbumin		X			
88	Serumalbumin unbekannt				X	
89	Hämoglobin		X			
90	Hämoglobin unbekannt				X	
91	Ferritin		X			
92	Ferritin unbekannt				X	
93	Transferrin-Sättigung		X			
94	Transferrin-Sättigung unbekannt				X	
95	C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l				X	
96	C-reaktives Protein		X			
97	Verordnung von Erythropoese stimulierenden Faktoren (ESF)		X	X	X	
98	verordnete Wochendosis		X	X		
99	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X	
100	Entlassungsdatum Krankenhaus	X				
101	Quartal des Entlassungstages ¹⁵	X		X	X	
102	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw.	X		X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ¹⁶					
103	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
104	Vorgangsnummer	X			X	
105	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
106	Versionsnummer				X	
107	Wieviertes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X	
108	Art wesentliches Ereignis		X	X	X	
109	Beginn wesentliches Ereignis		X	X		
110	Ende wesentliches Ereignis		X	X		
111	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X	
112	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X	
113	Datum der Beendigung		X			

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Dialyse

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	
§284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal;	Stamm@versicherungsdatum				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nu	X	X			

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
		mmer					
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		X
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)						
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X		X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Sekundärdiagnose zu liefern						
23	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
24	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagno	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	se zu liefern						
25	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
26	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
27	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
§295 (kollektivvertraglich)							
28	Angabe der	source(295k)@q				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Quelle des Datensatzes ⁷	uelle					
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁸	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
30	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
31	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X				
32	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
33	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart			X		
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@enddatum	X	X			
36	Liste der Diagnosen gemäß	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')						
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@datum	X				X
§295 (selektivvertraglich)							
40	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X	
41	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
42	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen /			X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	BSNR	Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion					
43	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
44	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
45	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹¹	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
46	Institutionskennzeichen des	295s.Erbrachte Leistungen /	X	X			

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

¹¹ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Leistungserbringers	Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer					
47	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.INF.Zusatzinformationen.4/4. 4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme	X			X	
48	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginn datum	X				
49	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
50	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X		X
51	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
52	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁴	X			X	
14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵	X			X	
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁶				X	

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten exportiert und nur dann für die externe Qualitätssicherung verwendet oder an das Transplantationsregister weitergeleitet, wenn entsprechend eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ bzw. „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ⁷				X	
18	Institutionskennzeichen	X			X	
19	entlassender Standort 6-stellig ⁸	X	X	X		
20	behandelnder Standort 6-stellig ⁹	X	X	X		
21	Fachabteilung	X		X		
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
23	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ¹⁰				X	

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

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

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

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹¹				X	
25	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
26	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ¹²		X	X		
27	Quartal des Aufnahmetages ¹³	X		X	X	
28	Geburtsjahr ¹⁴	X	X	X	X	
29	Geschlecht	X	X	X		
30	Körpergröße		X	X		

personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
31	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
32	renale Grunderkrankung		X	X		
33	Diabetes mellitus		X	X		
34	Dauer des Diabetes		X	X		
35	Dialysetherapie			X	X	
36	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)		X	X		
37	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X		
38	Blutgruppe des Empfängers		X	X		
39	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
40	Vorgangsnummer	X			X	
41	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
42	Versionsnummer				X	
43	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
44	durchgeführte Transplantation		X	X	X	
45	Einzel- oder Doppeltransplantation			X	X	
46	Retransplantation Niere		X	X	X	
47	Wievielte Nierentransplantation?		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
48	Datum der letzten Nierentransplantation	X				
49	Spendertyp		X		X	
50	Spenderalter		X	X		
51	Geschlecht des Spenders		X	X		
52	Blutgruppe des Spenders		X	X		
53	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
54	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$			X		
55	Todesursache		X	X		
56	OP-Datum	X	X			
57	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁵	X	X	X		
58	Monat der Operation ¹⁶	X	X			
59	Operation ¹⁷	X		X		
60	Einsatz eines Perfusionssystems		X	X		
61	Abbruch der Transplantation			X	X	
62	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		X	X		
63	kalte Ischämiezeit Niere		X	X		
64	kalte Ischämiezeit Pankreas		X	X		
65	funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		X	X	X	

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

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

¹⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
66	postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats			X	X	
67	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		X	X		
68	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme		X	X		
69	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		X			
70	Blutung		X	X		
71	Reoperation erforderlich		X	X		
72	sonstige Komplikationen		X	X		
73	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		X	X		
74	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X		
75	behandlungsbedürftige Abstoßung		X	X	X	
76	Abstoßung durch Biopsie gesichert		X	X		
77	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
78	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$		X	X		
79	Patient bei Entlassung insulinfrei?		X	X		
80	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
81	Quartal des Entlassungstages ¹⁸	X			X	
82	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁹	X	X	X		
83	Entlassungsgrund	X	X		X	
84	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X		X	
85	Todesursache		X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
4	Versionsnummer				X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁴			X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
14	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ⁵				X	
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ⁶				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁷				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ⁸				X	

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁹	X	X		X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
20	Institutionskennzeichen	X			X	
21	Fachabteilung	X		X		
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
23	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten				X	

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	an das Transplantationsregister aufgeklärt?					
24	Geburtsjahr ¹⁰	X	X	X	X	
25	Geschlecht	X	X	X		
26	durchgeführte Transplantation			X	X	
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
29	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹	X	X			
30	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹²	X			X	
31	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation				X	
32	Art der Follow-up-Erhebung		X	X		
33	Patient verstorben		X	X	X	
34	Todesdatum		X			
35	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹³		X			

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

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
36	Monat des Todesdatums ¹⁴				X	
37	Todesursache		X	X		
38	Komplikation		X	X		
39	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		
40	Transplantatversagen Niere		X	X	X	
41	Datum Transplantatversagen Niere		X			
42	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁵		X		X	
43	Monat des Transplantatversagens ¹⁶				X	
44	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X		
45	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X			
46	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X			
47	Kreatininwert i.S. unbekannt		X			
48	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung		X	X	X	
49	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert		X	X		
50	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?				X	

¹⁴ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum Transplantatversagen Niere“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
51	Beginn der Insulintherapie		X	X		
52	Abstand zwischen Beginn der Insulinpflicht nach Transplantatversagen und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁷				X	
53	Monat des Beginns der Insulinpflicht nach Transplantatversagen ¹⁸				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kassenknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten)	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Insulintherapie“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	zwischen QS- und PID-Datei						
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versicherungszahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	
§284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsschlusses je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4:	Stamm@versicherungsdatum				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer				X	

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	Einrichtung	er@stdnummer					
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X				X
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X				X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungse	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikatoren- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	nde, Verlegung, Tod etc.)						
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgr und 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige. ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
23	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juli 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:

Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 in den Verfahren
QS PCI, QS WI und QS NET

Vom TT. Monat 2024

Stand: 09.04.2024 nach Sitzung des UA QS

Legende:

Dissente Punkte sind **gelb** markiert.

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweis:

Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	3
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	3
Zu § 2 Eckpunkte.....	3
Zu § 16 Datenlieferfristen	3
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze	4
Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung	4
Zu § 20 Übergangsregelung	5
Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)	5
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)	13
2.2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI).....	13
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze	13
Zu Anlage I Indikatorenliste (QS WI)	13
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI).....	13

2.3 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich	
Pankreastransplantationen (QS NET)	14
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze	14
Zu § 19 Übergangsregelung	14
Zu Anlage I Indikatorenliste (QS NET)	14
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)	14
3. Bürokratiekostenermittlung	14
4. Verfahrensablauf	15
5. Fazit	16
6. Zusammenfassende Dokumentation	16

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 3:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass neben schwerwiegenden kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und Sterblichkeit auch therapiedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen in das Follow-up des Verfahrens QS PCI eingeschlossen sind.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1a Satz 1:

DKG

Die Übermittlung der zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe c (Adressdaten für die Patientenbefragung) wird von 7 auf 14 Tage verlängert. Die bisherige kurze Frist ist für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem unnötig hohen Druck auf eine fristgerechte Lieferung verbunden. Der erste Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung zur Erprobung der Patientenbefragung hat gezeigt, dass sich die Ausleitung der Adressdaten in vielen Fällen mit der QS-Dokumentation überschneidet. Häufig ist die QS-Dokumentation noch nicht abgeschlossen oder es kommt zur Stornierung von QS-Datensätzen. Noch nicht abgeschlossene Fälle (intern, administrativ) führen dazu,

dass Daten nicht fristgerecht geliefert werden können. Zudem sind häufig Nachkodierungen oder Falländerungen notwendig. Entlassungen zum Monatsende und ein somit kleines Bearbeitungsfenster der PPCI-Bögen erhöhen zusätzlich den Druck auf eine fristgerechte Lieferung. Hierdurch entstehen Mehraufwände, denen durch eine Verlängerung der Datenlieferfrist um wenige Tage begegnet werden soll.

Der Evaluationsbericht belegt, dass eine Verlängerung der Übermittlungsfrist der Adressdaten für die Patientenbefragung um wenige Tage keine Auswirkungen auf die Ergebnisse hat, da die Länge des Erinnerungszeitraums (bisher mindestens 20 bis höchstens 50 Tage) anders als zunächst angenommen keinen Einfluss auf Item-Non-Response und Weiß-nicht-(mehr)-Antworten hat.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V im Jahr 2025 beraten und beschließen. Aus diesem Grund sind auch für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 keine Vergütungsabschläge zu erheben.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 2 Satz 3

DKG

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch die Stichprobenziehung zur Durchführung der Patientenbefragung um sieben Tage verschiebt.

Zu Absatz 2 Satz 4, Satz 5 und Satz 7:

GKV-SV

Die wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung PPCI für den Zeitraum 07/2022 – 10/2023 durch das IQTIG führte zu der Erkenntnis, dass das bisher in der Richtlinie normierte und in der Spezifikation beschriebene Stichprobenverfahren verbessert werden sollte. Eine Fallzahl von jährlich mindestens 200 Patienten wird nicht von allen Leistungserbringern erreicht, und teilweise ist es auch anhand der Vorjahresfallzahlen schwierig für die Versendestelle abzuschätzen, wie viele Listenplätze für das Stichprobenverfahren zu einem Leistungserbringer erstellt werden müssen. Mit der Streichung des Wortes „mindestens“ wird entsprechend eine Flexibilität auch bei kleineren Stichprobenumfängen zum Ausdruck gebracht.

Mit der Änderung in Satz 5 wird zudem klargestellt, dass diese anfängliche Schätzung von der Versendestelle laufend anhand der tatsächlich eingehenden Datenlieferungen pro Leistungserbringer überprüft und ggf. angepasst werden muss, um den Stichprobenumfang zu optimieren.

Ferner wird mit der Streichung von Satz 7 darauf reagiert, dass die Fallzahlschätzungen der Bundesauswertungsstelle anhand der QS-Daten der Versendestelle erst im Zuge der Jahresauswertungen zur Verfügung gestellt werden könnten. Dies ist jedoch zu spät, um die Anzahl der Listenplätze bzw. die LE-individuellen Stichprobenumfänge zu Beginn eines

Erfassungsjahres abschätzen zu können. Die Versendestelle kann daher ab sofort ihre eigenen Daten aus den Vorjahren zu Schätzung der Stichprobenumfänge verwenden.

Zu Absatz 5 Satz 1

DKG

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch der Zeitraum der Befragung zum Indexeingriff um sieben Tage verschiebt.

Zu Absatz 7 Satz 1

DKG

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung zu § 16 Absatz 1a Satz 1, da sich nunmehr auch die Übermittlung der Tabelle zum Zweck der Vollzähligkeitskontrolle (Soll-Ist-Abgleich) gemäß Teil 1 § 15 Absatz 6 von der Versendestelle an die Bundesauswertungsstelle um sieben Tage verschiebt.

Zu § 20 Übergangsregelung

Die Regelung wird aufgehoben. Die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) ist zum 1. Januar 2019 außer Kraft getreten. Das Qualitätssicherungsverfahren QS PCI wurde zum 1. Januar 2019 in die DeQS-RL überführt. Sämtliche Maßnahmen der Qualitätssicherung zu den bis zum 31. Dezember 2018 im Rahmen der Qesü-RL erbrachten Indexeingriffe sind mittlerweile abgeschlossen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PCI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) und den mit Beschluss vom 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegebenen Bericht des IQTIG *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* verwiesen.

GKV-SV/DKG

Ab dem Erfassungsjahr 2025 entfallen im Verfahren QS PCI verschiedene Indikatoren bzw. werden pausiert, um sie überarbeiten zu können. Hintergrund dieser Entscheidung sind die Empfehlungen des IQTIG, die im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ dargelegt sind (sofern nicht anders formuliert, beziehen sich sämtliche Seitenangaben der vorliegenden Ausführungen auf diesen Bericht).¹

Die Empfehlungen des IQTIG resultieren einerseits aus der Überprüfung der methodischen Eignungskriterien für jeden einzelnen Indikator und andererseits aus einer Aufwand-

¹ IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 22.03.2024).

GKV-SV/DKG

Nutzen-Abwägung. Dabei wurde die Eignung des Qualitätsindikators im Hinblick auf die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten, der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, das Potenzial zur Verbesserung, die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss sowie des Weiteren die Eignung der Operationalisierung des Indikators beurteilt (Objektivität, Reliabilität und Validität der Messung).

Zur Abschaffung empfohlene Qualitätsindikatoren

Konkret werden folgende Indikatoren zur Abschaffung empfohlen:

- ID 56005 Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
- ID 56006 Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²
- ID 56007 Einzeitige-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²
- ID 56008 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
- ID 56001 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
- ID 56016 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Auf die einzelnen Begründungen wird im Folgenden näher eingegangen.

Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID's 56005, 56006, 56007, 56008)

Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ abzuschaffen. Ausschlaggebend für diese Empfehlung ist die bestehende mehrfache Erhebung des Dosis-Flächen-Produkts und Überprüfung des Strahlenschutzes durch weitere gesetzliche Vorgaben und Maßnahmen, insbesondere in Form (siehe z.B. S. 79)

- der Überprüfungen durch die ärztlichen Stellen zum Strahlenschutz (gem. § 130 StrlSchV) und der verpflichtenden Einbindung einer Medizinphysikexpertin / eines Medizinphysikexperten (gem. § 14 des StrlSchG und § 131 Abs. 2 Nr. 3 u. 4 der StrlSchV) sowie
- der Meldepflicht von bedeutsamen Vorkommnissen (§ 108 StrlSchV) in Verbindung mit Anlage 14 & 15 zu § 108 StrlSchV.

Hinzu kommt, dass beispielsweise bei Durchführung einer Koronarangiographie in zentral angebundenen Einrichtungen wie einem Herzkatheterlabor ein vom Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) empfohlenes Dosismanagementsystem angewendet werden kann, das bei Überschreitung der diagnostischen Referenzwerte (DRW) i. d. R. automatisch eine intramurale QM-Maßnahme nach sich zieht.

Eine mehrfache Erhebung und Nachweispflicht durch die Leistungserbringer sowie mehrfache Überprüfung des Strahlenschutzes durch verschiedene Institutionen widerspricht dem G-BA-Eckpunktebeschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1039/>), der insbesondere das Ziel verfolgt, die Qualitätssicherung zukünftig so effektiv und effizient wie möglich zu gestalten. Auch eine Erhebung mittels Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist laut IQTIG nicht möglich, da die zur Berechnung erforderlichen Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt über die Sozialdaten nicht

GKV-SV/DKG

abgebildet werden können. Hinzu kommen die nachfolgend aufgeführten weiteren methodischen Einschränkungen der jeweiligen Indikatoren:

Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² (ID 56005)

- Bezüglich der Objektivität der Messung und der Datenqualität liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Auch die Risikoadjustierung ist nur eingeschränkt angemessen.
- Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht.

Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² (ID 56006)

- Bezüglich der Objektivität der Messung und der Datenqualität liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Auch die Risikoadjustierung ist nur eingeschränkt angemessen.
- Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als mittel beurteilt, was einer mittleren Praktikabilität entspricht.

Einzeitige-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² (ID 56007)

- Bezüglich der Objektivität der Messung und der Datenqualität liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Auch die Risikoadjustierung ist eingeschränkt angemessen.
- Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht.

Dosis-Flächen-Produkt unbekannt (ID 56008)

- Die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten wird durch das IQTIG als nicht gegeben eingeschätzt, da der Indikator nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität adressiert und damit die Eigenschaften eines Auffälligkeitskriteriums zur Datenvalidierung erfüllt.
- Der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wurde nicht geprüft, da der Indikator keinen direkten Bezug zu einem patientenrelevanten Merkmal aufweist.
- In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals stuft das IQTIG den Indikator als nicht mehr geeignet für die Qualitätssicherung ein.
- Im Rahmen der durchgeführten Stellungnahmeverfahren ergab sich, dass fehlende Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt insbesondere auf Übertragungs- und Dokumentationsfehler sowie Softwareprobleme zurückzuführen sind. Inhaltlich ist eine fehlende Angabe zum Dosis-Flächen-Produkt nicht vergleichbar mit einer etwaigen Überschreitung des DRW.

GKV-SV/DKG

- Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht.

Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund (ID 56001)

Der Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (ID 56001) wird ebenfalls vom IQTIG zur Abschaffung empfohlen. Ihm wird eine geringe Validität attestiert, die als stark limitierend und nicht verbesserbar eingestuft wird. Die Operationalisierung des Indikators stuft das IQTIG insgesamt als nicht geeignet für die Qualitätssicherung ein. Konkret sieht es das IQTIG als nicht gerechtfertigt an, vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines pathologischen Befundes nach einer diagnostischen Koronarangiographie auf die Qualität der Indikation, welche vor der Untersuchung gestellt wird, zu schließen. Auch bei Nichtvorliegen eines pathologischen Befundes bzw. bei Ausschluss einer KHK nach einer diagnostischen Koronarangiographie kann der Eingriff – insbesondere bei Vorliegen präprozeduraler Ischämiezeichen - indiziert gewesen sein. Vor diesem Hintergrund ist das Nichtvorliegen eines pathologischen Befundes kein geeigneter Surrogatparameter zur Beurteilung der Qualität der Indikationsstellung (siehe S. 66). Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität des Indikators entspricht. Da bereits über den Indikator 56000 die Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiographie überprüft wird, sieht das IQTIG gegenwärtig keinen zusätzlichen Bedarf für eine darüberhinausgehende fallbezogene Überprüfung der Indikationsstellung zur diagnostischen Koronarangiographie.

Seit Juli 2022 werden zudem über die Patientenbefragung Merkmale der Indikationsstellung aus Patientenperspektive für elektive Prozeduren erfasst.

Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (ID 56016)

Ebenso konnte auch für den Indikator 56016 (Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI) der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt werden, sodass das IQTIG die Abschaffung dieses Indikators empfiehlt. Des Weiteren ergaben sich Hinweise auf Deckeneffekte und methodische Einschränkungen (mittlere Validität und fehlende Risikoadjustierung). Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht. Auch eine Erhebung mittels Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist laut IQTIG nicht möglich, da die zur Berechnung erforderlichen Angaben nicht über Sozialdaten abgebildet werden können.

Für Patientinnen und Patienten mit einer symptomatischen KHK ist der patientenrelevante Endpunkt bei einer elektiven PCI die Symptomverbesserung. Dieses Interventionsziel wird seit Juli 2022 zudem durch die Patientenbefragung erhoben.

Zum „Pausieren und Überarbeiten“ bzw. zur Umwandlung in ein AK oder eine Kennzahl empfohlene Qualitätsindikatoren

GKV-SV/DKG**Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ (IDs 56026, 56024)**

Für die Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ wurde im Rahmen der Überprüfung sowohl für den Indikator 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit) als auch für den Indikator 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als „nicht gegeben“ festgestellt, da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden bzw. auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden kann. Dies ist insbesondere darin begründet, dass die mediane stationäre Verweildauer nach einer PCI nur 4 Tage beträgt bzw. im Mittel bei 6,13 Tagen liegt. Hinzu kommt eine eingeschränkte Risikoadjustierung, da nicht alle relevanten Einflussfaktoren im bestehenden Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt werden. Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für beide Indikatoren als eher hoch beurteilt, was einer eher geringen Praktikabilität entspricht. Eine ausschließliche Erhebung auf Basis von Sozialdaten zur weiteren Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist jedoch nicht möglich, da nicht alle in das Risikoadjustierungsmodell eingeschlossenen Faktoren aus den Sozialdaten erhoben werden können. Daher empfiehlt das IQTIG beide Indikatoren zur Abschaffung. Da die Sterblichkeitsraten jedoch für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer von Nutzen sein können, werden beide Indikatoren – auf Empfehlung des IQTIG- als Kennzahlen weitergeführt (siehe S. 339f.).

„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt (ID 56004)

Für den Indikator 56004 („Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt) hat sich im Ergebnis der Prüfung gezeigt, dass der Indikator keine direkte Bedeutung für die Patientinnen und Patienten aufweist, da er eher die Dokumentations- als die Versorgungsqualität adressiert. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, den Indikator abzuschaffen und in ein Auffälligkeitskriterium der Datenvalidierung zu überführen (siehe S. 338).

Indikatorengruppe „Kontrastmittelverbrauch“ (IDs 56009 bis 56011)

Im Weiteren konnte für die Indikatorengruppe „Kontrastmittelverbrauch“ (IDs 56009 bis 56011) der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt werden. Da sich im Ergebnis der durchgeführten Leitlinienrecherche jedoch für eine Subgruppe (Patientinnen und Patienten mit manifester Nierenschädigung) Evidenz für dieses Qualitätsmerkmal gezeigt hat, empfiehlt das IQTIG, die Qualitätsindikatoren zu pausieren und zu überarbeiten (siehe S. 339), was einer vorübergehenden Aussetzung zunächst für das Erfassungsjahr 2025 entspricht.

PatV

Abweichend von den Empfehlungen des IQTIG in seinem unten genannten Bericht werden folgende Indikatoren weiter fortgeführt:

ID 56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

ID 58006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

ID 56007: Einzeitige-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

ID 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

PatV

Aufgrund einer tendenziell kanzerogenen Wirkung einer ionisierender Strahlenexposition ist jede Strahlenanwendung zu optimieren. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch das medizinische Personal sind durch erhöhte Strahlenbelastungen gefährdet. Es gilt sie zu schützen. Das IQTIG hat in seinem Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ vom 18. Juli 2023 die Empfehlung ausgesprochen, sämtliche Qualitätsindikatoren in den QS-Verfahren PCI und HSMDEF abzustellen, welche der Messung des Dosis-Flächen-Produktes und somit einer Erfassung der Exposition mit ionisierender Strahlung dienen. Ab dem Erfassungsjahr 2025 sollen folglich die entsprechenden Indikatoren nun keine Anwendung mehr finden. Entsprechend wurden sie aus den QI-Listen gestrichen und sie finden keine Berücksichtigung mehr bei den Spezifikationsempfehlungen.

In dem oben genannten Bericht des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung wurde vom IQTIG allen sechs Indikatoren nach Anwendung der dafür im Bericht definierten Kriterien ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis beschieden. Bei allen Indikatoren wurde zudem ein hohes (ID 101800, ID 56005, ID 56007) oder eher hohes (ID 131801, ID 56006, ID 56008) Potenzial zur Verbesserung festgestellt.

Dennoch empfiehlt das IQTIG eine endgültige Aussetzung der Indikatoren. Seine Argumentation basiert dabei maßgeblich darauf, dass de jure auch eine Qualitätsprüfung durch die sogenannten ärztlichen Stellen nach § 30 StrlSchV erfolge. Weiterhin führt es aus, dass es in der neuen, seit 2018 gültigen Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) eine gesetzliche Vorgabe gibt, die besagt, dass bis Ende 2022 Medizinphysik-Experten (MPE) auch bei bereits in Betrieb befindlichen Geräten hinzuzuziehen sind und mitzuwirken haben. Der Umfang der Einbindung von MPE ist dabei abhängig von der Art und Anzahl der Untersuchungen oder Behandlungen und von der Anzahl der eingesetzten Geräte.

Gemäß Richtlinie zur Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung Qualitätssicherung durch ärztliche und zahnärztliche Stellen vom 23. Juni 2015 besteht die Aufgabe ebendieser Stellen u. a. darin zu überprüfen, ob die erforderlichen Qualitätsstandards bei der medizinischen Strahlenanwendung bei Untersuchungen und Behandlungen eingehalten werden. Bzgl. der QI ID 101800 und ID 131801 (Verfahren HSMDEF) führt das IQTIG auf S. 194 aus, dass die ärztlichen Stellen stichprobenbasiert z. B. prüfen würden, dass diagnostische Referenzwerte (DRW) nicht ungerechtfertigt überschritten würden (§ 130 Abs. 3 Nr. 3 StrlSchV). Weiter führt das IQTIG aus, dass bisher keine Überprüfungen der Strahlenbelastungen durch die ärztlichen Stellen bei Herzschrittmacher- und ICD-Implantationen erfolgt sei. Jedoch lägen seit dem 17. November 2022 erstmals DRW hierfür vor und es sei mit einer perspektivischen Prüfung durch die ärztlichen Stellen zu rechnen. Hieraus schlussfolgert das IQTIG, dass mit einer teilweise doppelten Erhebung des Dosis-Flächen-Produktes und Überprüfung des Strahlenschutzes zu rechnen sei. Aufgrund der bereits gesetzlichen Vorgaben und Maßnahmen würde eine Abwägung der Vor- und Nachteile, trotz eigentlich festgestellter Eignung der Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihres Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, dazu führen, dass sie ausgesetzt werden sollten.

PatV

Zu berücksichtigen ist ferner, dass durch die genannten QS-Indikatoren weitere qualitative Auffälligkeiten detektiert werden.

Im Jahr 2022 wurde in fast 95.000 Fällen (entspricht 12,7%) der durchgeführten Koronarangiographien bzw. Perkutanen Koronarinterventionen der Referenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz überschritten (Quelle Bundesauswertung 2022 IQTIG).

Auf Grund der perzentilenbasierten Referenzbereiche sind jedoch nur Standorte rechnerisch auffällig bei denen, je nach Qualitätsindikator, mehr als 1,5- bis 3-mal so viele Patientinnen und Patienten als auf Grundlage des Patientenkollektivs erwartet mit einem Dosis-Flächenprodukt über dem Referenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz bestrahlt werden.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2021 wurden bei 41% der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer bei den Qualitätsindikatoren zum Dosisflächenprodukt bei Koronarangiographien bzw. Perkutanen Koronarinterventionen qualitativ auffällig bewertet. Zumeist wurden hier Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel bei den Leistungserbringern identifiziert (Quelle Bundesqualitätsbericht 2023).

Das IQTIG schreibt in seinem Bundesqualitätsbericht im Kapitel PCI das mehr als drei Viertel der qualitativen Auffälligkeiten auf die Prozessindikatoren entfallen. Zwei der drei hierbei genannten Qualitätsindikatoren sind QIs zum Dosis-Flächenprodukt.

Auf Grundlage des Weiterentwicklungsberichtes des IQTIG kann nicht nachvollzogen, wie genau sich die stichprobenartige Untersuchung der ärztlichen Stelle gestalten.

- Das IQTIG stellt in seinem Bericht nicht dar, in welchem Umfang die von ihm identifizierten hohen bis eher hohen Qualitätsverbesserungspotenziale sich mit den, wie auch immer gestalteten, Stichproben der ärztlichen Stellen adäquat (in welchem Zeitrahmen) identifizieren und realisieren lassen. Werden Stichproben der Einrichtungen gezogen? Wenn ja, in welchem Umfang? Und/oder werden Stichproben in den Einrichtungen gezogen? Wenn ja, in welchem Umfang und wovon? Werden pro Einrichtung alle jeweils relevante Diagnostische Referenzwerte (DRW) überprüft? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass bestehende Qualitätsdefizite überhaupt aufgegriffen und dann auch abgestellt werden?
- Für die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt, welche das QS-Verfahren PCI betreffen, liegen bereits über mehrere Jahre DRW vor. Trotzdem attestiert das IQTIG diesen Indikatoren ein hohes bzw. eher hohes Verbesserungspotenzial. Sollte die ärztlichen Stellen letztlich ihre Prüfung nur abhängig davon machen, ob überhaupt DRW vorliegen, so erscheint das Vorliegen ebensolcher kein Garant dafür zu sein, dass es zu einer Ausschöpfung relevanter Qualitätsverbesserungspotenziale kurz- bis mittelfristig kommen wird. Weiterhin bleibt in dem Bericht unklar, in welchem Umfang von den ärztlichen Stellen hier die DRW in der Vergangenheit geprüft worden sind.
- Zudem ist davon auszugehen, dass aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels auch ein Fachkräftemangel bei qualifizierten Medizinphysik-Experten bestehen könnte. So konstatieren z. B. Walz et al. 2019 in ihrem Artikel „Was bringt die neue Strahlenschutzverordnung?“ bzgl. des Einsatzes von Medizinphysik-Experten, dass „[a]ktuell [...] in Deutschland nicht sichergestellt [ist], ob eine ausreichende Anzahl von

PatV

MPE mit der erforderlichen Fachkunde rechtzeitig zur Verfügung steht“². Es sollte geklärt sein, wie sich der aktuelle Umsetzungsgrad dieser neueren gesetzlichen Vorgabe darstellt, bevor diese als Argument zur Abschaltung der Indikatoren herangezogen wird. Das IQTIG geht in seinem Bericht an keiner Stelle auf diesen Umstand ein.

Der Umstand, dass durch ein Abschalten der Indikatoren defacto auch die einzig vorhandene externe Qualitätstransparenz abgeschafft wird, ist bei der Abwägung, ob ein Indikator beizubehalten ist, höher zu bewerten. Denn tatsächlich können ausschließlich Ergebnisse aus der externen QS die notwendige und politisch gewollte einrichtungsbezogene Transparenz über die Versorgungsqualität und Verbesserungsmaßnahmen in diesem Bereich gewährleisten.

Aufgrund dieser nachweislich bestehender Qualitätsdefizite bei der Exposition mit ionisierender Strahlung und etablierten funktionierenden Qualitätsindikatoren zur Aufdeckung dieser Mängel werden die genannten Indikatoren nicht ohne tiefere Analyse, ob und wie die aufgeführten Mechanismen defacto überhaupt und wenn ja, innerhalb welchen zeitlichen Horizonts greifen (werden), eingestellt. Die bisherigen Indikatoren werden beibehalten, damit die in der externen QS als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse den ärztlichen Stellen Anhaltspunkte für eine gezielte, anlassbezogene Überprüfung liefern können und diese damit deutlich treffsicherer und effektiver werden können.

Hinzuzufügen ist, dass als Voraussetzung für eine so schwerwiegenden Entscheidung gegen die Gewährleistung der Patientensicherheit eine detailliertere Analyse der eigentlichen Dokumentationsaufwände vorgelegt werden müsste. Letztlich ist gemäß § 85 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) immer dafür Sorge zu tragen, dass über die Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen unverzüglich Aufzeichnungen gefertigt werden, welche neben der Indikationsstellung u.a. auch Angaben zur Exposition beinhalten. Es ist daher relevant, detaillierter darzulegen, in welchem Umfang bereits heute von einer digitalisierten und automatisierten Datenerfassung auszugehen ist. Weiterhin ist davon auszugehen, dass sich diese Angaben aufgrund der bereits seit Langem geltenden gesetzlichen Vorgabe unkompliziert in der Patientendokumentation finden lassen.

Aus den genannten Gründen führt der G-BA die oben genannten Indikatoren fort. Er geht davon aus, dass derzeit die bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich des Strahlenschutzes die externe QS eher ergänzen als ersetzen können – und deshalb beide weiterzuführen sind.

Vor einer erneuten Diskussion über die Abschaffung der genannten Indikatoren werden die Entwicklungsergebnisse des IQTIG zur Weiterentwicklung der qualitativen Beurteilung abgewartet. Denn hier ist ja genau das vorgesehen: Auffällige Ergebnisse sollen künftig weniger zur Einzelfallbewertung als v.a. zur vertieften Analyse von Mängeln in Strukturen

² Walz, M. et al. (2019), Was bringt die neue Strahlenschutzverordnung?, in: Der Radiologe, 59:457-466, S.462.

PatV

und Prozessen führen. Dazu scheinen aller Erfahrung nach genau diese Indikatoren sehr gut geeignet zu sein.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2025 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

PatV

Abweichend von den Empfehlungen des IQTIG werden folgende Indikatoren weiter fortgeführt und nicht gestrichen sowie die dafür erforderlichen Daten weiter erhoben:

ID 56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

ID 58006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

ID 56007: Einzeitige-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

ID 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Eine ausführliche Begründung findet sich oben unter der Zwischenüberschrift „Zu Anlage I Indikatorenliste (QS PCI)“

2.2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)**Zu den Regelungen im Einzelnen:****Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V im Jahr 2025 beraten und beschließen.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS WI)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS WI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu

Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2025 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2023 auf 2025 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V im Jahr 2025 beraten und beschließen. Aus diesem Grund sind auch für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 keine Vergütungsabschlüsse zu erheben.

Zu § 19 Übergangsregelung

Zu Absatz 1

Die Regelung in Absatz 1 wird aufgehoben. Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) ist zum 1. Januar 2020 außer Kraft getreten.

Dialysebehandlungen werden seit dem 1. Januar 2020 im Qualitätssicherungsverfahren QS NET der DeQS-RL erfasst. Sämtliche Maßnahmen der Qualitätssicherung zu den bis zum 31. Dezember 2019 im Rahmen der QSD-RL erbrachten Dialysebehandlungen sind mittlerweile abgeschlossen.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS NET)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS NET basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2025. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 18. Juli 2024 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2025 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 28. November 2023 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
28. November 2023	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
19. März 2024	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
9. April 2024	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
22. Mai 2024	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
5. Juni 2024	UA QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
18. Juli 2024	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 9. April 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT. Monat 2024 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am TT. Monat 2024.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat 2024 vor (**Anlage 3**).

[oder:] Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat 2024 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat 2024 vor (Anlage 4).

[oder:] Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom T. Monat 2024 mit, keine Stellungnahme abzugeben (Anlage 4).

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 22. Mai 2024 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 5. Juni 2024 durchgeführt (Anlage 5).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden am T. Monat 2024 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2024 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den TT. Monat 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
qs@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1310

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Oster

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 17.05.2024

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1409

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung DeQS-RL Teil 2: Verfahren 1, 2 und 4**

BEZUG Ihr Schreiben vom 19. April 2024

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zum oben genannten Beschlussentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.