



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

## Evaluation Qualitätsverträge

Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der  
Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung  
der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V

Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 1. Januar 2024

---

# Impressum

**Thema:**

Evaluation Qualitätsverträge – Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V – Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2

**Ansprechpartner:**

Markus Anders

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

21. Juni 2018

**Datum der Abgabe:**

20. Dezember 2018; kommentierte Version am 9. Februar 2024

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Auftragsverständnis .....	6
2 Dokumentation .....	8
2.1 Pseudocodes .....	8
2.2 Dokumentationsbögen .....	9
2.2.1 Leistungserbringerübergreifende Teildokumentationsbögen .....	12
2.2.2 Leistungsspezifische Teildokumentationsbögen.....	17
2.3 Dokumentationsauslösung .....	56
2.4 Nullwertmessung/Vergleichsmessung.....	62
3 Datenfluss.....	63
3.1 Datenfluss .....	63
3.2 Software.....	64
3.3 Falllisten .....	64
3.4 Zeiträume und Fristen.....	66
4 Rückmeldeberichte .....	68
5 Ausblick .....	70

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pseudocodes der Spezifikation.....	8
Tabelle 2: Merkmale der Spezifikation der Dokumentation.....	10
Tabelle 3:Dokumentationsauslösung, leistungsbereichsspezifisch .....	57
Tabelle 4: Datenfelder in den Falllisten, leistungsbereichsspezifisch.....	64
Tabelle 5: Ermittlung des Abschlussdatums, leistungsbereichsspezifisch.....	66
Tabelle 6: Ermittlung des Enddatums der Beobachtungszeit, leistungsbereichsspezifisch.....	67

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen .....	10
Abbildung 2: Datenfluss .....	63

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
Eval-KNZ	Evaluationskennziffer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

# 1 Auftragsverständnis

Das vorliegende Dokument inkl. Anlage 1 legt die Arbeitsergebnisse aus Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V dar. Im nächsten Schritt sollen die hierin enthaltenen Arbeitsergebnisse in Form von softwaregestützten Dokumentationsbögen sowie Anleitungen aufbereitet und den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt werden, um die Dokumentation und den Datenfluss im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge bereitzustellen und zu organisieren.

Die Beauftragung sieht in Arbeitspaket E unter anderem die strukturierte Beschreibung der Inhalte und des Formats der Durchführungsdokumentation vor. Nach dem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 beinhaltet die Durchführungsdokumentation die für die Evaluation erforderlichen Prozessdaten, Primärdaten und Berichte.

Ein Teil der Beschreibung von Prozess- und Primärdaten wurde bereits im Rahmen des Arbeitspakets B im Zuge des Projektplans umgesetzt, der sowohl Informationen zu den einzelnen Qualitätsverträgen für die Evaluation als auch für die Entwicklung weiterer Erhebungsinstrumente wie die Abschlussbefragung (Arbeitspaket F Nr. 3) liefern wird, die ebenfalls als Teil der Durchführungsdokumentation anzusehen ist. Im Projektplan wurden darüber hinaus bereits die Fristen für die Datenübermittlung der Leistungserbringerdokumentation und die Übermittlung von Zwischen- und Abschlussberichten festgelegt. Die Beschreibung von verbindlichen Berichtsinhalten und die Erstellung von Berichtsvorlagen als Teil der Durchführungsdokumentation wird im Rahmen von Arbeitspaket F Nr. 1 erfolgen.

Die Beauftragung sieht weiter die fachliche und technische Spezifikation der zu übermittelnden Daten der teilnehmenden Krankenhäuser und Krankenkassen vor. Spezifikation wird in diesem Zusammenhang als die weitergehende fachliche und technische Operationalisierung der erforderlichen Informationen (Evaluationskennziffern und ergänzende Daten) sowie die Beschreibung der organisatorischen, inhaltlichen und technischen Umsetzung der **Dokumentation** und des **Datenflusses** verstanden. Die ausführliche Spezifikation der Dokumentation, die die Grundlage zur Entwicklung der entsprechenden Dokumentationsbögen darstellt, ist in Anlage 1 zu finden. Eine um die technischen Komponenten reduzierte Darstellung der Dokumentationsbögen bietet Kapitel 2. Die Ausgestaltung des Datenflusses wird in Kapitel 3 beschrieben.

Daneben sieht die Beauftragung vor, dass Inhalte und Formate der Rückmeldung von Auswertungsergebnissen an die Vertragspartner (**Rückmeldeberichte**) festzulegen sind. Dies erfolgt in Kapitel 4.

Sowohl Arbeitspaket E als auch Arbeitspaket F Nr. 2 sehen die zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen an eine Nullwertmessung vor. Aufbauend auf den im Abschlussbericht vom 22.

Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 sowie im Projektplan enthaltenen Ausführungen zur Nullwertmessung wird auf diese in Abschnitt 2.4 näher eingegangen.

## 2 Dokumentation

Die Spezifikation der Dokumentation (für die vollständige Spezifikation siehe Anlage 1) stellt sowohl die inhaltliche als auch die technische Beschreibung der zu erhebenden Datenfelder dar und besteht aus zwei Teilen. Sie enthält zunächst Informationen zur Dokumentationsauslösung (siehe hierzu Abschnitt 2.3), d. h. eine genaue Definition, in welchem Fall ein bestimmter Dokumentationsbogen von den Leistungserbringern bzw. den Krankenkassen zu verwenden und auszufüllen ist. Hierzu sind entsprechende Einschlusskriterien dargelegt, die aus den entsprechenden Zielgruppendefinitionen der Tragenden Gründe<sup>1</sup> abgeleitet sind.

Der zweite Teil der Spezifikation der Dokumentation operationalisiert die Evaluationskennziffern sowie die ergänzenden Daten (Durchführungsprotokoll, Patientendaten, Fall-Dokumentation durch die Krankenhäuser, Fall-Dokumentation durch die Krankenkassen) aus dem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 inhaltlich und spezifiziert ihre technische Einbettung in einen der entsprechenden Teildokumentationsbögen, die in der softwareseitigen Umsetzung zu insgesamt 16 Dokumentationsbögen modular zusammengefügt werden (siehe hierzu Abschnitt 2.2). In der Spezifikation der Dokumentation werden zur Veranschaulichung Pseudocodes verwendet, die daher im nachfolgenden Abschnitt 2.1 kurz erläutert werden.

### 2.1 Pseudocodes

Pseudocodes dienen dazu, technische Funktionsweisen zu veranschaulichen. Im Rahmen der Spezifikation der Dokumentation werden sie insbesondere gebraucht, um Formate (z. B. Freitext, Datum, Uhrzeit), Bedingungen (z. B. Pflichtfelder, Definition von Einschlusskriterien) und Konditionen (z. B. Frage nur dann stellen, wenn zuvor mit „ja“ geantwortet wurde) abzubilden. Ein Überblick über die im weiteren Verlauf und in der Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) verwendeten Pseudocodes bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Pseudocodes der Spezifikation

Pseudocode	Bedeutung
UND	Die vorangehende und die nachfolgende Bedingung müssen erfüllt sein.
ODER	Entweder die vorangehende oder die nachfolgende Bedingung muss erfüllt sein.
TEXT	Freitextangabe
NUMSCHLUESSEL	Schlüssel mit ganzzahligen Schlüsselkodes

<sup>1</sup> Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 19.12.2018).



Pseudocode	Bedeutung
WENN	Bedingung, die erfüllt werden muss, damit entweder das Datenfeld angezeigt oder eine Prozedur ausgeführt wird.
MUSS	obligatorisches Datenfeld
KANN	fakultatives Datenfeld
DATUM	Datum
UHRZEIT	Uhrzeit
GANZEZAHL	ganze Zahl
ZAHL	Zahl mit Nachkommastellen
STELLEN	Anzahl der Zeichen; Anzahl wird dem Code vorangestellt (z. B. 1STELLE)
LOOP	Mehrmalige Angaben sind bis zur Begrenzung möglich; Begrenzung wird dem Code vorangestellt (z. B. 10LOOP)
ICD10	Format ICD-10
OPS	Format OPS

## 2.2 Dokumentationsbögen

Es sind 18 Teildokumentationsbögen vorgesehen (vgl. Abbildung 1). Leistungsbereichsübergreifende Datenfelder, die über alle Leistungsbereiche hinweg zu dokumentieren sind, sind abgelegt in

- einem einrichtungsbezogenen Bogen (Dokumentation auf Ebene der jeweiligen Einrichtung, z. B. Patientenzahl, Personalstärke),
- einem fallbezogenen Bogen für Leistungserbringer (Dokumentation auf Patientenebene) und
- einem fallbezogenen Bogen für Krankenkassen (Dokumentation auf Patientenebene).

In gleicher Systematik stehen für die vier Leistungsbereiche ebenfalls Teildokumentationsbögen zur Verfügung. Der Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ ist hierbei weiter unterteilt in *Intensivstation* und *Weaningzentrum*, der Leistungsbereich „Endoprothetische Gelenkversorgung“ in *Schulterendoprothetik* und *Hüft- und Knieendoprothetik*. Eine Ausnahme in der Systematik bildet der Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“, in dem nur ein fallbezogener Teildokumentationsbogen für Leistungserbringer vorhanden ist, da in diesem Leistungsbereich keine Übermittlung von Daten der Krankenkassen an das IQTIG vorgesehen ist und keine flächendeckend einheitlichen Evaluationskennziffern festgelegt sind, was die Zahl der zu erhebenden Daten und damit der Teildokumentationsbögen begrenzt.

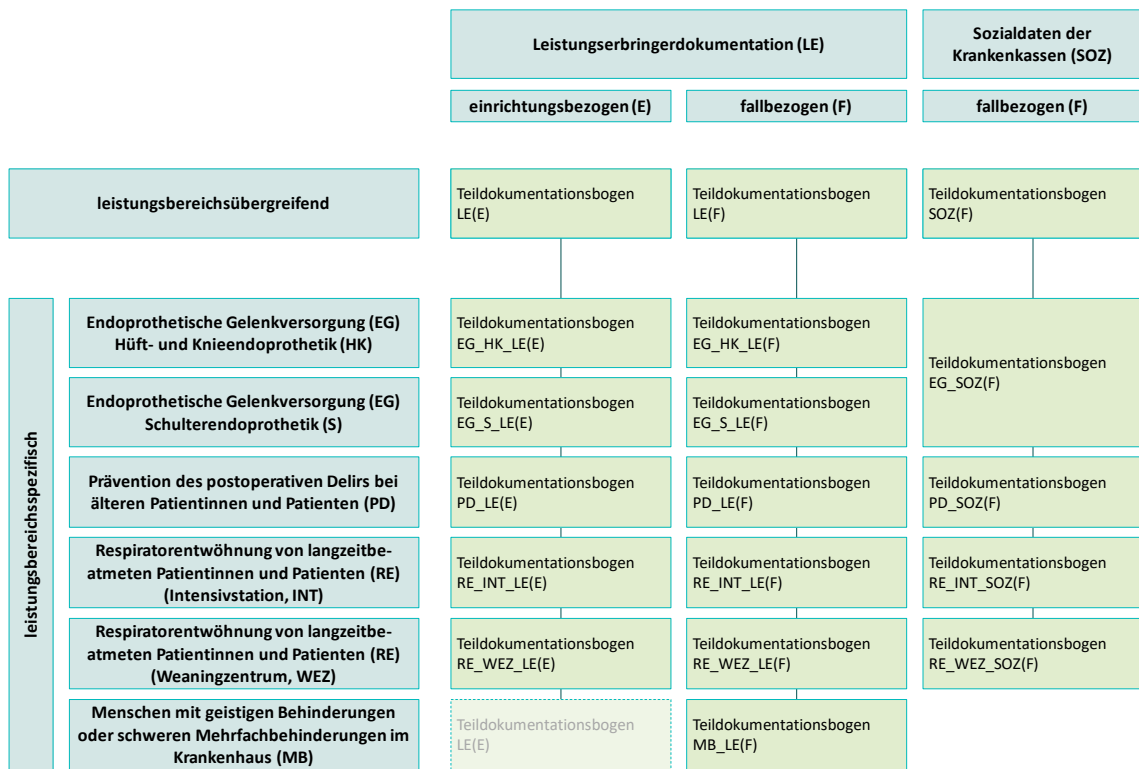


Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen

In der softwareseitigen Umsetzung wird jedem leistungserbringerspezifischen Teildokumentationsbogen der entsprechende leistungsbereichsübergreifende Teildokumentationsbogen hinzugefügt (vgl. Abbildung 1). Im Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ tritt hierbei der leistungsbereichsübergreifende, einrichtungsbezogene Teildokumentationsbogen für Leistungserbringer an die Stelle des nicht vorhandenen, leistungsbereichsspezifischen Dokumentationsbogens (vgl. Abbildung 1). Am Ende stehen demnach insgesamt 16 Dokumentationsbögen zur Verfügung.

Nachfolgend werden die einzelnen Teildokumentationsbögen vorgestellt. Aufgrund des Umfangs werden nur Auszüge dargestellt. Die dargestellten Attribute sind in Tabelle 2 erläutert. Eine vollständige Darstellung der Teildokumentationsbögen mit allen Attributen ist in der Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) enthalten.

Tabelle 2: Merkmale der Spezifikation der Dokumentation

Merkmal	Erläuterung
Evaluationskennziffer	Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann
Datenfeldbezeichnung	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage
Datenformat	Festlegung des Datenformats (siehe hierzu auch Tabelle 1)

<b>Merkmal</b>	<b>Erläuterung</b>
Schlüssel	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels <sup>2</sup>
Ausfüllhinweise	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung

---

<sup>2</sup> Externe Schlüssel werden aufgrund ihres Umfangs nicht im Dokumentationsbogen selbst dargestellt, sondern in einer separaten Liste.

## 2.2.1 Leistungserbringerübergreifende Teildokumentationsbögen

### Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Messbeginn	DATUM		
Messende	DATUM		
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		
Anzahl der Patientinnen/Patienten in der adressierten Patientengruppe	GANZEZAHL		Definition der adressierten Patientengruppe siehe Dokumentationsauslösung  Es sind die Patientinnen/Patienten der adressierten Patientengruppe zu zählen, die im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags potentiell hätten versorgt werden können.
Wurden Patientinnen/Patienten aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Wie viele Patientinnen/Patienten wurden aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?	GANZEZAHL		Es sind die Patientinnen/Patienten zu zählen, die zwar zur definierten Zielgruppe gehören, aber bspw. aufgrund von Sonderregelungen (siehe Projektplan) von der Versorgung im Rahmen des Qualitätsvertrags ausgeschlossen wurden.
Versorgungsstufe	NUMSCHLUESSEL	1=Grundversorgung 2=Regelversorgung 3=Schwerpunktversorgung 4=Maximalversorgung	
Tätigkeitsschwerpunkt	TEXT		
Anzahl an Abteilungen	GANZEZAHL		
Anzahl der stationär behandelten Patientinnen/Patienten	GANZEZAHL		Anzahl entlassener, stationär behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der ambulant, vertragsärztlich behandelten Patientinnen/Patienten	GANZEZAHL		Anzahl entlassener, ambulant behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der Plan-Betten	GANZEZAHL		
Bettenzahl (gesamt)	GANZEZAHL		
Personal: ärztlicher Bereich	ZAHL		Hauptamtliche Ärzte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte)

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Personal: nicht-ärztlicher Bereich	ZAHL		Nichtärztliches Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich Schüler/Auszubildende.
Welche Aussage trifft zu?	NUMSCHLUESSEL	1=ein neues Versorgungskonzept wurde eingeführt 2=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde fortgeführt 3=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde angepasst fortgeführt	

**Fallbezogen für Leistungserbringer**

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Pseudonym	ZAHL(6STELLEN)		Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientenpseudonym zugewiesen.
Geburtsdatum	DATUM		
Geschlecht	NUMSCHLUESSEL	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	ZAHL(9STELLEN)		
Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts	ZAHL(5STELLEN)		bis zur Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V
Standortkennzeichen des entlassenden Standorts	ZAHL(9STELLEN)		ab der Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V
behandelnde Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	
Aufnahmedatum Krankenhaus	DATUM		
Aufnahmediagnose	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Prozeduren	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.
Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
Entlassungsgrund	ZAHL(2STELLEN)	Schlüssel 2	
Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		

#### Fallbezogen für Krankenkassen

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Krankenkasse)	ZAHL(9STELLEN)		
Pseudonym	ZAHL(6STELLEN)		Die Pseudonyme können der vom Krankenhaus übermittelten Fallliste für die jeweilige eGK-Nummer entnommen werden.



Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Geburtsdatum	DATUM		
Geschlecht	NUMSCHLUESSEL	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt	

## 2.2.2 Leistungsspezifische Teildokumentationsbögen

### 2.2.2.1 Endoprothetische Gelenkversorgung

#### Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Schulterendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-2	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
EG-2	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)	TEXT		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-4	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldepflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

**Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Hüft- und Knieendoprothetik)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-1	Verfügte die Einrichtung über mindestens zwei Hauptoperateurinnen/Hauptoperateure?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Jede Hauptoperateurin/jeder Hauptoperateur verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				Einrichtung erbringen. Eine Operation ist einer Hauptoperateurin/einem Hauptoperateur nur dann zur Ermittlung der Mindestfallzahlen zuzuordnen, wenn dieser den Eingriff selbst durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert hat. Bei einer Operation, die durch zwei Hauptoperateure durchgeführt wird, ist dieser Fall nur einem der beiden Operateure zuzuordnen.
EG-2	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
EG-2	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)	TEXT		
EG-4	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-4	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldeverpflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
EG-11	Bestand eine Kooperation mit einer Rehabilitationseinrichtung für Patientinnen/Patienten, die endoprothetisch versorgt wurden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

**Fallbezogen für Leistungserbringer (Schulterendoprothetik)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Versorgungsbereich	NUMSCHLUESSEL	1=Schulterendoprothetik 66=Anderer(TEXT)	
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Prozeduren	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.  eingeschlossene OPS: 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y  5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y
	Datum des Eingriffs	DATUM		
	Beginn des Eingriffs	UHRZEIT		
	Dauer des Eingriffs	GANZEZAHL(4STELLEN)		
EG-5	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-5	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.	TEXT		

**Fallbezogen für Leistungserbringer (Hüft- und Knieendoprothetik)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-1	Wurde die Operation durch mindestens eine Hauptoperateurin/einen Hauptoperateur durchgeführt bzw. hat eine Hauptoperateurin/ein Hauptoperateur bei der Operation assistiert?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Einrichtung verfügt über mindestens zwei Hauptoperateure/innen, die namentlich zu benennen sind. Jeder verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der Einrichtung erbringen.
	Versorgungsbereich	NUMSCHLUESSEL	1=Hüftendoprothetik 2=Knieendoprothetik 66=Anderer(TEXT)	
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	
	Prozeduren	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.  eingeschlossene OPS:

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>Hüftendoprothetik</p> <p>5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n</p> <p>5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p> <p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n  5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y
	Datum des Eingriffs	DATUM		
	Beginn des Eingriffs	UHRZEIT		
	Dauer des Eingriffs	GANZEZAHL(4STELLEN)		
EG-3	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten präoperativ erreicht?	"Schmerzen" GANZEZAHL "Symptome" GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten" GANZEZAHL		Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions ( <a href="http://www.koos.nu">www.koos.nu</a> ) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht



Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
		"Lebensqualität" GANZEZAHL		auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)
EG-11	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten postoperativ erreicht?	"Schmerzen" GANZEZAHL "Symptome" GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten" GANZEZAHL "Lebensqualität" GANZEZAHL	77=keine Rückmeldung durch die Patientin/den Patienten	Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)
EG-5	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-5	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.	TEXT		
EG-6	Wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-6	In welcher Fachdisziplin wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?	NUMSCHLUESSEL	1=Geriatric 2=Psychosomatik 66=Andere(TEXT)	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-7	Wurde eine präoperative Schulung durchgeführt, um eine frühzeitige Mobilisierung zu erreichen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, mit der Patientin/dem Patienten 2=ja, mit (einer/einem) Angehörigen	
EG-8	Datum der ersten postoperativen Mobilisation	DATUM		
EG-8	Uhrzeit der ersten postoperativen Mobilisation	UHRZEIT		
EG-9	Ergebnis des Timed up and go Tests (TUG)	GANZEZAHL		<p>Timed up and go Test (TUG): Die untersuchte Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe ca. 46 cm). Es darf gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z. B. Gehstock) benutzt werden. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhls an.</p> <p>Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchende Person nicht mit.</p> <p>Nach Aufforderung soll die untersuchte Person mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in drei Metern Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben.</p> <p>Die benötigte Zeit ab Ende Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben.</p> <p>Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.</p>
EG-10	Ergebnis des Schmerztests in Ruhe	GANZEZAHL		Schmerz in Ruhe auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10
EG-10	Ergebnis des Schmerztests unter Belastung	GANZEZAHL		Schmerz unter Belastungen auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10

**Fallbezogen für Krankenkassen (Schulter-, Hüft- und Knieendoprothetik)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-12	Abfrage OPS	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	<p>Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.</p> <p>zu dokumentierende OPS:</p> <p>Schulterendoprothetik 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y</p> <p>Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n 5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p> <p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n</p> <p>5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y

### 2.2.2.2 Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten

#### Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ0	Finden regelhaft berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Schulungen der Mitarbeitenden zur Prävention des postoperativen Delirs statt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Definition von „regelhaft“ in diesem Zusammenhang sollte von Vertragspartner vereinbart werden.
PD-EV-KZ0	Welche Inhalte werden in der Schulung behandelt?	NUMSCHLUESSEL	1=Risikoeinschätzung des postoperativen Delirs 2=Anwendung validierter Screeninginstrumente 3=Präventionsprogramme zum postoperativen Delir 4=Rolle der Angehörigen und deren Schulung und Aufklärung über Präventionsmaßnahmen	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ0	Wie viele Mitarbeitende sind jeweils in den relevanten Abteilungen beschäftigt?	GANZEZAHL		<p>Mitarbeitende schließt das gesamte Personal mit ein, dass nach dem zugrunde liegenden Versorgungskonzept an der Versorgung mitwirkt (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen, Therapeuten/innen, ggf. auch weiteres Personal)</p> <p>Alle Abteilungen sind miteinzubeziehen, die im Versorgungspfad des zugrundeliegenden Versorgungskonzept berührt sind (z. B. Operationsbereich, Intensivstation, Chirurgie)</p> <p>Zu zählen sind alle Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.</p>
PD-EV-KZ0	Wie viele Mitarbeitende in den relevanten Abteilungen haben die Schulung vollständig durchlaufen?	GANZEZAHL		<p>Zu zählen sind alle geschulten Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.</p>

**Fallbezogen für Leistungserbringer**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	
PD-EV-KZ1	Liegt eine Demenz vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F00-F03
PD-EV-KZ1	Wurde ein kognitives Screening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
PD-EV-KZ2	Wurde durch das kognitive Screening ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welches kognitive Screening wurde verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Clock-drawing Test (CDT) 2=Demenz-Detection (DemTect) 3=Delirium Symptom Interview (DSI) 4=Mini-Cog™ 5=Mini-Mental State Examination (MMSE) 6=Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 7=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	Instrumente zur Erfassung kognitiver Einschränkungen sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.



Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ1	Wurde ein Test zur Messung der Gebrechlichkeit durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
PD-EV-KZ2	Wurde durch den Test zur Messung der Gebrechlichkeit ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welcher Test zur Messung der Gebrechlichkeit wurde verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Frailty Index (FI) 2=Messung nach Fried 3=Identification of Seniors at Risk (ISAR) 4=Triage Risk Stratification Tool (TRST) 5=Geriatisches Screening nach Lachs 66=Anderer(TEXT)	Instrumente zur Erfassung der Gebrechlichkeit sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 f. benannt.
PD-EV-KZ2	Wurde präoperativ ein Delirscreening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.
	Lag präoperativ ein Delir vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F05
	Welches Delirscreening wurde präoperativ verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU)	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
			3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	
PD-EV-KZ3	Wurde ein postoperatives Delirscreening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.
PD-EV-KZ4	Liegt ein postoperatives Delir vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F05

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Welches Delirscreening wurde postoperativ verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) 3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	
PD-EV-KZ3	Intensivstation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	DATUM UHRZEIT (10LOOP)		
PD-EV-KZ3	Aufwach-/Normalstation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	DATUM UHRZEIT (7LOOP)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Wurde die Patientin/der Patient in ein permanentes Umfeld entlassen (z. B. nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung)?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

**Fallbezogen für Krankenkassen**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ5	Bitte geben Sie den präoperativen Pflegegrad an.	NUMSCHLUESSEL	0=es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5	Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.
PD-EV-KZ5	Bitte geben Sie den postoperativen Pflegegrad an.	NUMSCHLUESSEL	0=es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5	Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.

### 2.2.2.3 Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten

#### Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Intensivstation)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-fakultativ	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwöhnung der Beatmung vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
RE-fakultativ	Durch welche Fachgesellschaft wurde oder wird die Zertifizierung vorgenommen?	TEXT		Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besaß.
	Ist ein Weaningzentrum an die Intensivstation angebunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a> )

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolgreichen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolgreichen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a> )

**Fallbezogen für Leistungserbringer (Intensivstation)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wie viele erfolgreiche Spontanatmungsversuche wurden bei der Patientin/dem Patienten vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 3 2=mehr als 3	
	Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanatmungsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage	Der Tag des 1. Spontanatmungsversuch wird hierbei mitgezählt.
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ1A	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum	DATUM		
RE-EV-KZ1A	Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Umstellungsdatum	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
	Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?	NUMSCHLUESSEL	1=zentrale Atemregulationsstörung 2=neuromuskuläre Erkrankungen (u.a. Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom, Muskeldystrophie Duchenne, Myasthenien) 3=Querschnittssyndrome 4=ein-/beidseitige Zwerchfellparesen 5=chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz 6=end-stage COPD 7=restriktive Lungenerkrankung 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ1B	Wurde die Patientin/der Patient innerhalb von 14 Tagen nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ1B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient	DATUM		



Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.			
RE-EV-KZ1B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?	NUMSCHLUESSEL	1=in ein Weaningzentrum 2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 66=Anderes(TEXT)	
RE-EV-KZ2	Wurde die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ2	Bitte nennen Sie die Gründe, warum die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung nicht im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt wurde?	NUMSCHLUESSEL	1=fehlende Kapazitäten im Weaningzentrum 2=Kontraindikationen für eine Entwöhnung 66=Andere(TEXT)	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ2	Findet bei der Initiierung der außerklinischen Beatmung eine enge Abstimmung mit einer spezialisierten Einrichtung statt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Mit spezialisierten Einrichtungen sind Einrichtungen gemeint, die ausreichend Expertise in der komplexen Behandlung außerklinisch beatmeter Patientinnen/Patienten haben, die eine langfristige Durchführung von Therapiekontrollen übernehmen können und die grundsätzlich eine Reevaluierung des Weaningpotentials der Patientin/des Patienten innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung unterstützen.
RE-EV-KZ3	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Datum der Reevaluierung	DATUM		
	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wiederaufnahmedatum	DATUM		
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ4A	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		
RE-EV-KZ4A	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ4B	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ4B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patienten nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ4B	Beatmungstunden nach Wiederaufnahme	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	ZAHL(2STELLEN)		
	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

**Fallbezogen für Krankenkassen (Intensivstation)3**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Aufnahmedatum im Krankenhaus	DATUM		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Abfrage OPS	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.  zu dokumentierende OPS: 8-701;8-704;8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	DATUM		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung	DATUM		
	Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
	Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende

<sup>3</sup> Ist für jeden stationären Aufenthalt, der sich mindesten einen Tag mit dem Nachverfolgungszeitraum (siehe Abschnitt 3.4) überlappt, anzugeben.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

**Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Weaningzentrum)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-fakultativ	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwöhnung der Beatmung vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	Bitte geben Sie an, ob für das Erfassungsjahr die Intensivstation mindestens sechs Monate zertifiziert war.
RE-fakultativ	Durch welche Fachgesellschaft wurde die Zertifizierung vorgenommen?	TEXT		Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besaß.
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolgreichem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a> )

	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolgreichen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a> )
--	--	-----------	--	---

**Fallbezogen für Leistungserbringer (Weaningzentrum)**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung aufgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate aus dem Weaningzentrum entlassen wurden und bis zu einmal auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist. Bei einer Neuaufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten (Wieder)Aufnahme nach Reevaluierung innerhalb der 6 Monate oder bei einer Aufnahme nach 6 Monaten ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.
	Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wie viele erfolgreiche Spontanatmungsversuche wurden bei	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 3 2=mehr als 3	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	der Patientin/dem Patienten vorgenommen?			
	Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanatmungsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage	Der Tag des 1. Spontanatmungsversuch wird hierbei mitgezählt.
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ5A	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum	DATUM		
RE-EV-KZ5A	Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	



Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Umstellungsdatum	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
	Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?	NUMSCHLUESSEL	1=zentrale Atemregulationsstörung 2=neuromuskuläre Erkrankungen (u.a. Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom, Muskeldystrophie Duchenne, Myasthenien) 3=Querschnittssyndrome 4=ein-/beidseitige Zwerchfellparesen 5=chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz 6=end-stage COPD 7=restriktive Lungenerkrankung 66=Andere(TEXT)	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5B	Wurde die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ5B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ5B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts.  Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?	NUMSCHLUESSEL	2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 66=Anderes(TEXT)	
RE-EV-KZ6	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Datum der Reevaluierung	DATUM		
	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?			
	Wiederaufnahmedatum	DATUM		
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ7A	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
RE-EV-KZ7B	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ7B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patienten nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ7B	Beatmungsstunden nach Wiederaufnahme	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	ZAHL(2STELLEN)		
	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

**Fallbezogen für Krankenkassen (Weaningzentrum)<sup>4</sup>**

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Aufnahmedatum im Krankenhaus	DATUM		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Abfrage OPS	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.  zu dokumentierende OPS: 8-701;8-704;8-706;5-311.0;5-311.1;5-311.2;5-311.0.3;5-311.0.x;5-311.0.y;5-312.0;5-312.1;5-312.2;5-312.x;5-312.y
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Beatmungstunden	ZAHL(4STELLEN)		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	

<sup>4</sup> Ist für jeden stationären Aufenthalt, der sich mindesten einen Tag mit dem Nachverfolgungszeitraum (siehe Abschnitt 3.4) überlappt, anzugeben.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	DATUM		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung	DATUM		
	Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
	Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

#### 2.2.2.4 Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

##### Fallbezogen für Leistungserbringer

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Liegt eine Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Liegt eine geistige Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Grad der Behinderung (GdB)	GANZEZAHL		
	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Eingliederungshilfe?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

*Evaluation Qualitätsverträge*

	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Pflegeversicherung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
--	--	---------------	----------------	--

## 2.3 Dokumentationsauslösung

Jeder der zur Dokumentation zur Verfügung stehende Dokumentationsbogen wird unter bestimmten Umständen ausgelöst, d. h. der betroffene Vertragspartner ist dann dazu angehalten, eine entsprechende Dokumentation vorzunehmen. Voraussetzung hierbei ist, dass die Einrichtung bzw. die Patientin oder der Patient unter den vereinbarten Qualitätsvertrag bzw. unter die zugehörige Vergleichs-<sup>5</sup>/Nullwertmessung fällt. Grundsätzlich kann in diesem Zusammenhang unterschieden werden in

- Einrichtungsbezogene Dokumentationsbögen, die jährlich in Bezug auf ein Erfassungsjahr (vorangehendes Kalenderjahr) oder für den Zeitraum der Nullwertmessung, für jeweils alle Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags separat zu dokumentieren sind.
- Fallbezogene Dokumentationsbögen für die Leistungserbringer, die aufgrund bestimmter Einschlusskriterien, die aus den Tragenden Gründen<sup>6</sup> zur jeweiligen adressieren Patientengruppe abgeleitet sind, zu dokumentieren sind (siehe hierzu Tabelle 3).
- Fallbezogene Dokumentationsbögen für die Krankenkassen, die aufgrund der Auslösung eines fallbezogenen Dokumentationsbogens im Krankenhaus, zu dokumentieren sind, wovon die jeweilige Krankenkasse durch die Übermittlung sogenannter Falllisten (siehe Abschnitt 3.3) in Kenntnis gesetzt wird.

---

<sup>5</sup> Auf Grundlage der Empfehlungen des aktualisierten Abschlussberichts vom 25. August 2023 sind ab dem 1. Januar 2024 keine Vergleichsmessungen mehr vorgesehen.

<sup>6</sup> Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 19.12.2018).



Tabelle 3: Dokumentationsauslösung, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
Endoprothetische Gelenkversorgung	elektiver endoprothetischer Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkeingriff	<p>eingeschlossene OPS:</p> <p>Schulterendoprothetik                      5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y                      5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y</p> <p>Hüftendoprothetik                      5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n                      5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p>

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n</p> <p>5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y</p>
<p>Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten</p>	<p>Patientin/Patient ab 65 Jahren UND operativer Eingriff</p>	
<p>Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)</p>	<p>Intensivstation UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning</p>	<p>Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a>)</p>

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate (Beobachtungszeitraum) entlassen wurden und einmalig auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist.</p> <p>Bei einer Aufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums oder bei einer Aufnahme nach dem Beobachtungszeitraum ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.</p> <p>Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt (z. B. in ein Weaningzentrum) oder entlassen werden, entfällt die Nachverfolgung (siehe Abschnitt 3.4) und damit die Dokumentation durch die Krankenkasse.</p>
<p>Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)</p>	<p>Weaningzentrum UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning</p>	<p>Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: <a href="http://www.awmf.org">www.awmf.org</a>)</p> <p>Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate (Beobachtungszeitraum) entlassen wurden und einmalig auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist.</p> <p>Bei einer Aufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb des</p>

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Beobachtungszeitraums oder bei einer Aufnahme nach dem Beobachtungszeitraum ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.</p> <p>Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt (z. B. in ein Weaningzentrum) oder entlassen werden, entfällt die Nachverfolgung (siehe Abschnitt 3.4) und damit die Dokumentation durch die Krankenkasse.</p>
<p>Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus</p>	<p>(                      Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1)                      ODER                      Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1)                      ODER                      Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem GdB 70 bis 100                      )</p> <p>UND</p> <p>(                      Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe                      ODER</p>	

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
	Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahrs erfolgt sein. )	

## 2.4 Nullwertmessung/Vergleichsmessung<sup>7</sup>

Um die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags mit der Regelversorgung zu vergleichen, kann entweder eine Nullwertmessung oder eine Vergleichsmessung durchgeführt werden.

Bei **Nullwertmessungen** sind die erforderlichen Daten in einem zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Beginn der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags in der umsetzenden Einrichtung/den umsetzenden Einrichtungen zu erheben. Hierbei sind dieselben Dokumentationsbögen (siehe Abschnitt 2.2) zu verwenden wie bei der Interventionsmessung (Messung während die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen angewendet werden); auch die Auslösung der Dokumentation erfolgt in selber Weise (siehe Abschnitt 2.3).

Bei **Vergleichsmessungen** sind die erforderlichen Daten für den Zeitraum der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags zu erheben. Dies kann ggf. mithilfe von Sozialdaten erfolgen oder bei einer Einrichtung bzw. Einrichtungen, die das Versorgungskonzept nicht umsetzen, geschehen. Auch hierbei sind alle in den Dokumentationsbögen (siehe Abschnitt 2.2) enthaltenen Daten zu dokumentieren wie bei der Interventionsmessung. Und auch die Auslösung der Dokumentation erfolgt in selber Weise (siehe Abschnitt 2.3).

---

<sup>7</sup> Auf Grundlage der Empfehlungen des aktualisierten Abschlussberichts vom 25. August 2023 sind ab dem 1. Januar 2024 keine Vergleichsmessungen mehr vorgesehen.

### 3 Datenfluss

#### 3.1 Datenfluss

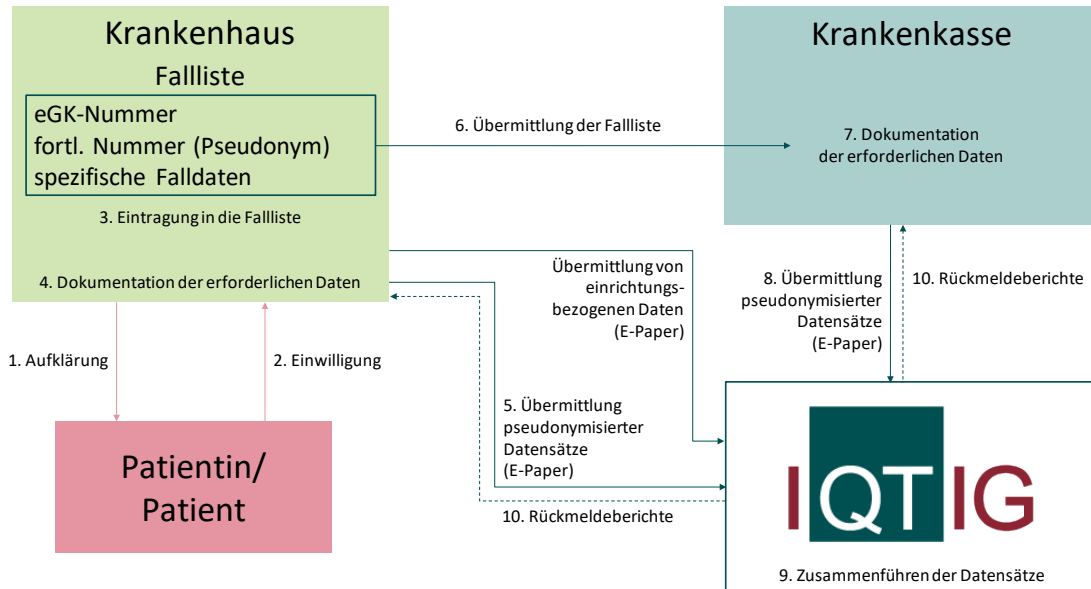


Abbildung 2: Datenfluss

Abbildung 2 zeigt den Datenfluss im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge. Um eine Dokumentation vornehmen zu können, ist die Aufklärung (1.) und Einwilligung<sup>8</sup> (2.) der Patientin oder des Patienten Voraussetzung. Darüber hinaus müssen die entsprechenden Einschlusskriterien zur Auslösung der Dokumentation erfüllt sein (siehe Abschnitt 2.3). Sind beide Voraussetzungen erfüllt, vergibt der Leistungserbringer ein entsprechendes Pseudonym für die Patientin oder den Patienten, in dem er die entsprechende Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer) der nächsten freien fortlaufenden Nummer (Pseudonym) der entsprechenden Fallliste (siehe Abschnitt 3.3) zuweist (3.). Das Pseudonym ist im Rahmen der Dokumentation durch den Leistungserbringer (4.) zu den anderen geforderten Angaben im entsprechenden Dokumentationsbogen zu dokumentieren, dieser ist anschließend an das IQTIG zu übermitteln (5.). Die Falllisten werden regelmäßig an die Krankenkasse übermittelt (6.). Mithilfe der Fallliste dokumentieren die Krankenkassen in den entsprechenden Dokumentationsbögen unter Angabe des Pseudonyms die geforderten Daten (7.) und übermitteln diese an das IQTIG (8.). Das IQTIG führt anhand des Pseudonyms die entsprechenden Datensätze zusammen (9.), wertet diese aus

<sup>8</sup> Grundsätzlich sind die Krankenhausträger bzw. die teilnehmenden Krankenhäuser für die Einhaltung und Ausgestaltung ihres Datenschutzes gegenüber ihren Patientinnen und Patienten verantwortlich. Aus Sicht des IQTIG ist die schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten notwendig, um die Übermittlung von personenidentifizierenden Daten (Krankenversicherungsnummer, Pseudonyme) datenschutzrechtlich abzusichern.

und stellt den Vertragspartnern, die die zentrale Organisationsform<sup>9</sup> gewählt haben, Ergebnisse in Form von Rückmeldeberichten (10.) (siehe Kapitel 4) zur Verfügung.

### 3.2 Software

Die Dokumentationsbögen werden mithilfe der eForm Suite von Electric Paper (E-Paper, <https://www.electricpaper.de/produkte/eform-suite.html>) erstellt und im PDF-Format bereitgestellt. Daher können die Dokumentationsbögen grundsätzlich an jedem PC mit einer aktuellen Version des kostenfrei verfügbaren Adobe Acrobat Reader geöffnet, ausgefüllt und gespeichert werden. Eine spezielle Software sowie die Integration der Dokumentationsbögen in das jeweilige Krankenhausinformationssystem bzw. das jeweilige Softwaresystem einer Krankenkasse ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Den ausgefüllten Fragebogen übergibt der Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse an das IQTIG, indem es diesen auf einer verschlüsselten Website hoch lädt.

Durch die Verschlüsselung wird eine geschützte und sichere Datenübertragung gewährleistet. ~~Das~~ Durch die Nutzung des PDF-Formats und die Möglichkeit, dieses zwischen zu speichern, kann die Datenerfassung auch offline und in mehreren Schritten erfolgen.

### 3.3 Falllisten

Falllisten sind leistungsbereichsspezifisch und erfüllen zwei Funktionen. Zum einen wird die Krankenkasse durch die Übermittlung der in einer Fallliste enthaltenen eGK-Nummer darüber informiert, dass ein entsprechender Dokumentationsbogen für eine oder einen ihrer Versicherten auszufüllen ist. Zum anderen stellt die Fallliste Informationen zur Verfügung, die zur Dokumentation der entsprechenden Daten erforderlich sind (z. B. Pseudonym, Datum des Eingriffs). Diese Informationen entsprechen den Angaben des jeweiligen, durch den Leistungserbringer dokumentierten Dokumentationsbogens der betreffenden Patientin oder des betreffenden Patienten. In Tabelle 4 sind die in den Falllisten hinterlegten Informationen leistungsbereichsspezifisch dargelegt. Der Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung“ ist hierbei nicht aufgeführt, da für diesen Leistungsbereich keine Übermittlung von Daten der Krankenkassen an das IQTIG vorgesehen ist und damit eine Fallliste entfällt.

Tabelle 4: Datenfelder in den Falllisten, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Datenfelder
Endoprothetische Gelenkversorgung	Einrichtungsebene: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung</li> <li>▪ Institutionskennzeichen</li> <li>▪ Erfassungszeitraum*</li> </ul>

<sup>9</sup> Auf Grundlage der Empfehlungen des aktualisierten Abschlussberichts vom 25. August 2023 wird ab dem 1. Januar 2024 nicht mehr zwischen einer zentralen und einer dezentralen Organisationsform unterschieden. Hinweis: Grundsätzlich erhalten alle Vertragspartner einen jährlichen Rückmeldebericht.



Leistungsbereich	Datenfelder
	<p>Fallebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung</li> <li>▪ Dokumentationsdatum**</li> <li>▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</li> <li>▪ eGK-Nummer</li> <li>▪ Pseudonym</li> <li>▪ Datum des Eingriffs</li> <li>▪ Versorgungsbereich</li> </ul>
<p>Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten</p>	<p>Einrichtungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung</li> <li>▪ Institutionskennzeichen</li> <li>▪ Erfassungszeitraum*</li> </ul> <p>Fallebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung</li> <li>▪ Dokumentationsdatum**</li> <li>▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</li> <li>▪ eGK-Nummer</li> <li>▪ Pseudonym</li> <li>▪ Datum des Eingriffs</li> </ul>
<p>Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten<sup>+</sup></p>	<p>Einrichtungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung</li> <li>▪ Institutionskennzeichen</li> <li>▪ Erfassungszeitraum*</li> </ul> <p>Fallebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung</li> <li>▪ Dokumentationsdatum**</li> <li>▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</li> <li>▪ eGK-Nummer</li> <li>▪ Pseudonym</li> <li>▪ Entwoehungsdatum</li> <li>▪ Entwoehungsdatum nach Wiederaufnahme</li> <li>▪ Umstellungsdatum</li> <li>▪ Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme</li> </ul>

\* Zeitraum, in welchem die in der Fallliste enthaltenen Fälle erfasst wurden.

Leistungsbereich	Datenfelder
<p>** Datum, zu welchem die Dokumentation eines Falls abgeschlossen wurde.</p> <p>+ Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt oder entlassen werden, ist kein Nachverfolgungszeitraum und damit keine Übermittlung des Falls an die Krankenkasse vorgesehen.</p>	

Für jeden Qualitätsvertrag ist für jeweils alle Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen<sup>10</sup> eine separate Fallliste über die gesamte Laufzeit<sup>11</sup> des jeweiligen Qualitätsvertrags zu führen. Die entsprechende Fallliste ist zu den mit der Krankenkasse/den Krankenkassen vereinbarten Zeitpunkten, aber mindestens zum 1. März für das dritte und vierte Quartal des Vorjahres sowie zum 1. September für das erste und zweite Quartal des aktuellen Jahres, an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Hierbei sind nur die seit der letzten Übermittlung hinzugekommenen Fälle, deren *Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte* dem Institutionskennzeichen der empfangenden Krankenkasse entsprechen, zu übermitteln. Es ist eine sichere Übermittlung zu gewährleisten, die mithilfe von Datei-, E-Mail- und Transportverschlüsselungsverfahren erreicht werden kann.

### 3.4 Zeiträume und Fristen

Für Leistungserbringer wurden die Fristen zur Datenlieferung bereits im Projektplan festgeschrieben. Grundsätzlich ist mit der verwendeten Software (siehe Abschnitt 3.2) eine kontinuierliche Datenübertragung möglich. Die Dokumentation eines Erfassungsjahres (entspricht dem Kalenderjahr) ist bis zum 30. April des Folgejahres abzuschließen.

Für die fallbezogenen Dokumentationsbögen für Leistungserbringer gilt in diesem Zusammenhang: Die Zuordnung eines Dokumentationsbogens zu einem Erfassungsjahr geschieht mithilfe des Datums seines Abschlusses (siehe Tabelle 5)

Tabelle 5: Ermittlung des Abschlussdatums, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Abschlussdatum
Endoprothetische Gelenkversorgung	entspricht dem Entlassungsdatum
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 6 Monate* Beobachtungszeitraum
Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	entspricht dem Entlassungsdatum

<sup>10</sup> Falls sich im Zeitverlauf ein Institutionskennzeichen ändert, ist eine neue Liste anzulegen.

<sup>11</sup> Einschließlich einer möglichen Nullwertmessung

Leistungsbereich	Abschlussdatum
* Für ein Entlassungsdatum, dass auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der letzte Monat des Beobachtungszeitraums keinen entsprechenden Tag, endet der Beobachtungszeitraum am letzten Tag dieses Monats.	

Für die Übermittlung der Datenabfragen bei den Krankenkassen gilt, dass die Übermittlung der fallbezogenen, leistungsbereichsspezifischen Dokumentation vom Datum des Endes des jeweiligen Nachverfolgungszeitraums (Follow-up) abhängt (siehe Tabelle 6). Liegt dieses im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres, ist die Dokumentation zum 1. Januar des Folgejahres abzuschließen. Liegt es im dritten oder vierten Quartal, ist sie zum 1. Juli des Folgejahres abzuschließen.

Tabelle 6: Ermittlung des Enddatums der Beobachtungszeit, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Abschlussdatum
Endoprothetische Gelenkversorgung	entspricht dem Entlassungsdatum + 24 Monate * Nachverfolgungszeitraum
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 3 Monate * Nachverfolgungszeitraum
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 6 Monate ** und 14 Tage Nachverfolgungszeitraum
Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	<i>keine Übermittlung von Daten vorgesehen</i>

\* Für ein Entlassungsdatum, dass auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der letzte Monat des Nachverfolgungszeitraum keinen entsprechenden Tag, endet der Nachverfolgungszeitraum am letzten Tag dieses Monats.

\*\* Für ein Entlassungsdatum, dass auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der sechste Monat nach der Entlassung keinen entsprechenden Tag, wird der letzte Tag dieses Monats als Ausgangspunkt dazu verwendet, um die weiteren 14 Tage hinzuzuzählen.

## 4 Rückmeldeberichte

Wie in Abschnitt 3.1 zum Datenfluss beschrieben, werden auf Grundlage der Daten der jeweiligen Vertragspartner Rückmeldeberichte erstellt, die an die jeweiligen Vertragspartner übermittelt werden. Dies gilt für die Vertragspartner von Qualitätsverträgen, die sich für eine zentrale Organisationsform entschieden haben. Bei Qualitätsverträgen mit dezentraler Organisationsform obliegt die vertragsspezifische Auswertung den Vertragspartnern bzw. bei eigens entwickelten Evaluationskennziffern ist diese den Vertragspartnern vorbehalten.<sup>12</sup>

Die Rückmeldeberichte enthalten je nach Leistungsbereich die Ergebnisse aller im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März dargelegten obligaten Evaluationskennziffern (siehe untenstehende Liste). Sie werden zum 1. Oktober im Jahr nach dem Erfassungsjahr zur Verfügung gestellt. Daten, die aufgrund von Nachverfolgungszeiträumen (siehe Abschnitt 3.4) dem IQTIG noch nicht vorliegen, sind entsprechend nicht enthalten. Die dargestellten Ergebnisse werden darüber hinaus soweit möglich stratifiziert (nach Alter, Geschlecht und ggf. nach leistungsbereichsspezifischen Merkmalen). Darüber hinaus werden Zeitverläufe abgebildet.

Die im Projektplan benannten Ansprechpartner erhalten die Rückmeldeberichte im Format einer Excel-Datei, dieses ermöglicht die Weiterverwendung der Daten.

### **Endoprothetische Gelenkversorgung**

- Personal: Fallzahlen pro Hauptoperator
- Indikationsstellung: Präoperativer HOOS / KOOS Score
- Wahl des Implantats
- Definition eines individuellen Aktivitäts-/Partizipationsziels
- Konsiliarische Betreuung aus den Bereichen Geriatrie und Psychosomatik
- Patientenschule
- Frühe Mobilisation
- Gute Mobilisation: TUG
- Schmerzlinderung
- Patientenbefragung 1 Jahr poststationär
- Revisionsfreiheit 2 Jahre postoperativ nach elektivem Primärimplantat

### **Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten**

- Anteil (%) des geschulten Personals am Gesamtpersonal
- Anteil (%) der adressierten Patientengruppe, bei dem bei Aufnahme oder Erstkontakt eine Risikoeinschätzung erfolgt, die mindestens die Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen und der Gebrechlichkeit anhand validierter Instrumente umfasst

---

<sup>12</sup> Auf Grundlage der Empfehlungen des aktualisierten Abschlussberichts vom 25. August 2023 wird ab dem 1. Januar 2024 nicht mehr zwischen einer zentralen und einer dezentralen Organisationsform unterschieden. Hinweis: Grundsätzlich erhalten alle Vertragspartner einen jährlichen Rückmeldebericht.

- Anteil (%) bzw. Anzahl der Risikopatientinnen und Patienten mit kognitiver Auffälligkeit, die bei Aufnahme oder Erstkontakt anhand eines validierten Diagnoseinstruments auf das Vorliegen eines Delirs hin untersucht werden
- Anteil (%) bzw. Anzahl der Risikopatientinnen und -patienten (OP, ab 65 Jahren, kognitive Auffälligkeit und/oder gebrechlich), bei denen ein postoperatives Delirscreening erfolgt
- Postoperative Delirrate (Änderung in %)
- Unterstützung des Vorhabens, den Effekt des Delirs auf die Institutionaliserungsrate bzw. Pflegegrad (als Proxy) der Patientin oder des Patienten zu prüfen

#### **Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)**

- (%) Anteil der entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten
- Intensivstationen mit Anbindung an ein Weaningzentrum/Weaningzentren
- (%) Anteil der invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten, der vor Entlassung in die außerklinische Beatmung in einem Weaningzentrum vorgestellt wird oder (nur in begründeten Fällen) in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird
- Intensivstationen ohne Anbindung an ein Weaningzentrum/Weaningzentren
- (%) Anteil der invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten, der in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird
- (%) Anteil der reevaluierten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung

#### **Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)**

- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein Weaningzentrum aus der außerklinischen Langzeitbeatmung aufnimmt
- (%) Anteil der entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der reevaluierten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der reevaluierten und stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten

## **5    **Ausblick****

Die Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) sowie die Inhalte dieses Papiers sind Grundlage für die softwareseitige Umsetzung der Dokumentationsbögen durch E-Paper. Darüber hinaus werden die für die Dokumentation und Datenübermittlung erforderlichen Informationen, die im Rahmen dieses Papiers beschrieben sind, für die Vertragspartner als Anleitung zur Dokumentation aufbereitet.