

Technische Dokumentation zur Spezifikation der Mindestmengenregelungen

Version 2019

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 01. Juli 2019

Impressum

Thema:

Spezifikation für die Mindestmengenregelungen. Version 2019

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Veröffentlichung:

01. Juli 2019

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1 Einführung	8
1.1 Verständnis der Mindestmengenregelungen	8
1.2 Leistungsbereiche	10
2 Mindestmengenregelungen	11
2.1 Übermittlung der Leistungsmenge	11
2.1.1 Übermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb.....	11
2.1.2 Übermittlung der Leistungsmenge bei (Wieder-)Aufnahme	12
3 Eingangsdatensatz.....	14
3.1 Fallbezogener Eingangsdatensatz (MM_DS).....	15
3.2 Datensatz für bereichsbezogene Vorgaben (MM_LB).....	15
3.3 Adminkriterien	16
3.4 Persistierung des Eingangsdatensatzes	17
3.5 Einbezug von DIMDI-Katalogen	17
3.6 Filter zur Ermittlung der Leistungsmengen.....	19
4 Spezifikationsdatenbank	20
4.1 Allgemeine Informationen	20
4.2 Datenbankschema.....	20
4.3 Tabelle Filterliste	20
4.4 Tabelle FilterlisteWert.....	21
4.5 Tabelle Schluessel	21
4.6 Tabelle SchluesselWert	22
4.7 Tabelle Modul	23
5 Syntaxfunktionen	24
5.1 ExportzeitraumRegelbetrieb	24
5.2 LeistBereichInitialphase	24
5.3 ZeitraumZahlX	25
5.4 ZaehleMM	26

5.5	ZaehleMM_NEO.....	28
5.6	Administrative Einschlusskriterien zur Erstellung des Eingangsdatensatzes.....	29
5.7	Leistungsbereich 1: Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	30
5.8	Leistungsbereich 2: Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	32
5.9	Leistungsbereich 3: Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus.....	33
5.10	Leistungsbereich 4: Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	41
5.11	Leistungsbereich 5: Stammzellentransplantation (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämato-poetische Stammzelltransplantation).....	43
5.12	Leistungsbereich 6: Kniegelenk-Totalendoprothesen	48
5.13	Leistungsbereich 7: Koronarchirurgische Eingriffe	50
5.14	Leistungsbereich 8: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)	50
6	Exportdatensatz	51
6.1	Übermittlung der Leistungsmengen an die Landesverbände der Krankenkassen ...	51
7	Datenübermittlung.....	56
7.1	Übermittlungsdateien.....	56
7.1.1	Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Landesverbände der Krankenkassen	57
7.2	FTAM over IP	57
7.3	Datenannahmestellen bei den Landesverbänden der Krankenkassen.....	57
8	Releaseplanung	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mindestmengen-Leistungsbereiche	10
Tabelle 2: Struktur der Tabelle Filterliste.....	20
Tabelle 3: Struktur der Tabelle FilterlisteWert	21
Tabelle 4: Struktur der Tabelle Schluessel	21
Tabelle 5: Struktur der Tabelle SchluesselWert.....	22
Tabelle 6: Struktur der Tabelle Modul	23
Tabelle 7: Filterlisten Leistungsbereich Lebertransplantation.....	30
Tabelle 8: Filterkodes Leistungsbereich Lebertransplantation	30
Tabelle 9: Filterliste Leistungsbereich Nierentransplantation	32
Tabelle 10: Filterkodes Leistungsbereich Nierentransplantation	32
Tabelle 11: Filterlisten Leistungsbereich Ösophagus.....	33
Tabelle 12: Filterkodes Leistungsbereich Ösophagus	34
Tabelle 13: Filterlisten Leistungsbereich Pankreas	42
Tabelle 14: Filterkodes Leistungsbereich Pankreas	42
Tabelle 15: Filterlisten Leistungsbereich Stammzellentransplantation.....	44
Tabelle 16: Filterkodes Leistungsbereich Stammzellentransplantation	44
Tabelle 17: Filterliste Leistungsbereich Knieendoprothesen	48
Tabelle 18: Filterkodes Leistungsbereich Knieendoprothesen	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitschiene zur Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R (Quelle: Tragende Gründe)	8
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Übermittlungszeitpunkte für die Leistungsmenge im Regelbetrieb.....	12
Abbildung 3: Schematische Darstellung der Leistungsübermittlung im Rahmen eines Ausnahmetatbestands	13
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Bestandteile des Eingangsdatensatzes	14
Abbildung 6: PARAM-Basistypen	16
Abbildung 7: Zusammenhang zwischen Eingangsdatensatz und DIMDI-Katalogen	17
Abbildung 8: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen und Lieferdaten.....	51
Abbildung 9: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen Details	52
Abbildung 10: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten Regelbetrieb Details.....	53
Abbildung 11: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten AufnahmePhase Details	53
Abbildung 12: Beispiel einer XML-Exportdatei - Regelbetrieb.....	54
Abbildung 13: Beispiel einer XML-Exportdatei - (Wieder-)Aufnahmephase	55

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAnz	Bundesanzeiger
bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
FES	fortgeschrittene elektronische Signatur
FTAM over IP	File Transfer, Access and Management over Internet Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ITSG	Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
Mm-R	Mindestmengenregelungen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SFTP	SSH/Secure File Transfer Protocol
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (gesetzliche Krankenversicherung)
SWA	Softwareanbieter
WBO	Weiterbildungsordnung

1 Einführung

1.1 Verständnis der Mindestmengenregelungen

Die Spezifikation zur Übermittlung der Leistungsmenge eines Krankenhausträgers enthält

- die Definition des Eingangsdatensatzes, welcher die Form und Struktur der Datengrundlage zur Zählung der Leistungen gemäß der Anlage zu den Mm-R bildet
- Vorgaben zur Zählung der Eingriffe anhand der in der Anlage zu den Mm-R dargestellten Operationen- und Prozedurenschlüssel-Kodes (OPS-Kodes) und der entsprechenden durch das IQTIG entwickelten Filterkriterien
- Vorgaben zum Datenexport und zum Übertragungsweg für die Datenübermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen.

Ausgehend von § 5 Absatz 2 Mm-R ist die Leistungsmenge in maschinenlesbarer Form anhand der vom G-BA beschlossenen Spezifikation des IQTIG zu übermitteln. Eine nähere Definition der Leistungsmenge erfolgt in § 4 Absatz 2 Nummern 1 und 2 Mm-R. Danach sind

1. die Leistungsmenge über die Eingriffe des vergangenen Kalenderjahres (Zahl A) sowie
2. die Leistungsmenge der letzten beiden Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres gemeinsam mit der Leistungsmenge der ersten beiden Quartale des laufenden Kalenderjahres (Zahl B)

den Landesverbänden der Krankenkassen darzulegen (siehe Abbildung 1). Die Übermittlung der Leistungsmenge erfolgt gemäß § 5 Absatz 1 bis spätestens zum 15. Juli des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer mindestens fortgeschrittenen elektronischen Signatur (FES). Die Vorgabe, dass die Leistungsmenge aus Zahl B die ersten beiden Quartale des laufenden Kalenderjahres beinhalten soll führt zur Definition eines Lieferzeitfensters der beiden Zahlen A und B zwischen dem 1. Juli und dem 15. Juli des laufenden Kalenderjahres.

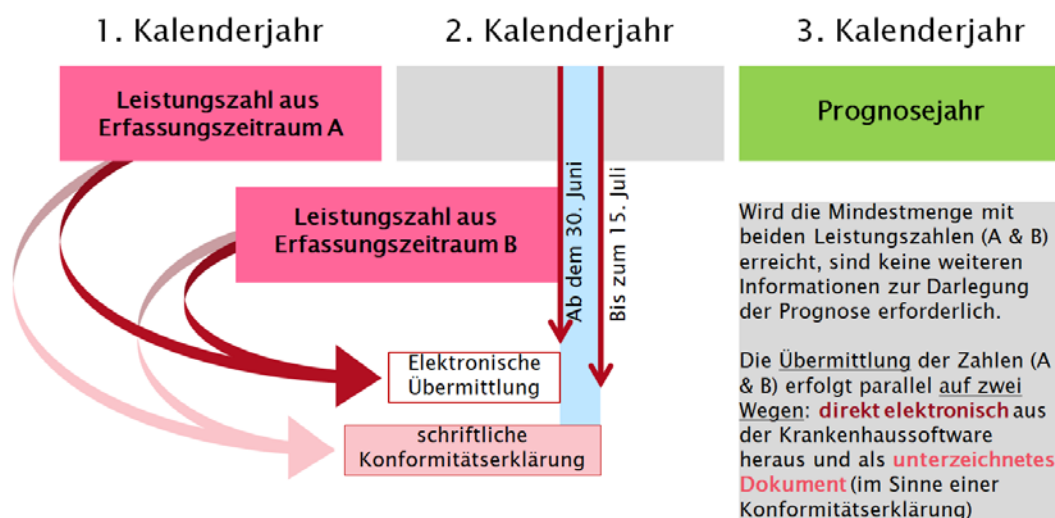


Abbildung 1: Zeitschiene zur Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R (Quelle: Tragende Gründe)

Die Leistungsmengen und Übermittlungsfristen sind in den Mm-R als Bestandteil einer Prognose definiert (z. B. § 5 Absatz 1, § 4 Absätze 1 und 2). Weitere Unterlagen (wie beispielsweise aussagekräftige Belege zu personellen oder strukturellen Veränderungen), welche durch das Krankenhaus bzw. den Krankenhausträger im Rahmen der Prognose an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden müssen, nicht im Rahmen dieser Spezifikation normiert und auch nicht über die in der Spezifikation definierten (Daten-)Übertragungswege übermittelt. Datensätze gemäß § 21 KHEntgG sowie Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V können nicht als Referenzdatensätze genutzt werden, da gem. § 3 Abs. 4 Mm-R für die zeitliche Zuordnung zur Ermittlung der Leistungsmenge der Tag der stationären Aufnahme bzw. der Tag der operativen Leistung maßgeblich ist, somit die Ermittlung der Leistungsmenge unabhängig vom Entlassungsdatum zu gestalten ist.

Die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung gemäß § 7 Mm-R findet implizit Berücksichtigung durch die Verweise in § 7 Abs. 4 und 5 Mm-R auf die §§ 4 und 5 Mm-R. Die Vorgaben in diesem Paragraphen definieren die erstmalige Leistungserbringung bzw. die erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung als Ausnahmetatbestand. Erfüllt ein Krankenhausstandort die Vorgaben zum Ausnahmetatbestand, ist es verpflichtet, innerhalb der ersten 12 Monate nach (Wieder-)Aufnahme der Leistung mindestens 50 % der Leistungsmenge zu erbringen. Die Anzahl der erbrachten Leistungen ist bis zum 15. des 13. Monats nach (Wieder-)Aufnahme an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Im zweiten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme der Leistung sind 100 % der geforderten Leistungsmenge zu erbringen und bis zum 15. des auf diesen Zeitraum folgenden Monats an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Die Übermittlung der Leistungsmenge des zweiten Jahres des Ausnahmetatbestands erfolgt gemäß der Spezifikation des IQTIG. Diese Leistungsmenge wird im Folgenden als Zahl X bezeichnet. Dies hat folgende Konsequenzen:

- Die (Wieder-)Aufnahme von Leistungen kann in jedem Monat eines Jahres erfolgen
- Eine Datenübermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen kann folglich zwischen dem 1. und dem 15. eines jeden Monats im Kalenderjahr stattfinden.

Auf eine Übermittlung der Leistungsmenge aus dem ersten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme im Rahmen der Spezifikation wurde verzichtet. Der Krankenhausstandort ist für die Art der Meldung der Leistungsmenge selbst verantwortlich.

Die Mindestmengenregelungen definieren den Krankenhausträger als verantwortliche Stelle für die Übermittlung der Leistungsmenge (siehe z. B. § 5 Absatz 3 Satz 1). Krankenhausträger haben jedoch ggf. keinen Zugriff auf die benötigten, standortbezogenen Informationen, um die Leistungsmenge zu ermitteln, und ggf. nicht die technischen Voraussetzungen um die Informationen entsprechend den Vorgaben der Spezifikation zu übermitteln. Aus diesem Grund wird die Spezifikation zur Mindestmengenregelung die einzelnen Krankenhäuser adressieren, die somit im Auftrag ihres Trägers die entsprechenden Leistungsmengen jeweils separat an die Landesverbände der Krankenkassen des Bundeslandes, in dem sich das Krankenhaus befindet, übermitteln.

Die Mm-R sprechen von Kindern. Das IQTIG definiert Kinder als Patienten mit einem Alter < 18 Jahre (Patienten bis zum unvollendeten 18. Lebensjahr).

1.2 Leistungsbereiche

In der Anlage zu den Mindestmengenregelungen (in Kraft getreten am 1. Januar 2018) werden die in Tabelle 1 dargestellten Leistungsbereiche definiert.

Tabelle 1: Mindestmengen-Leistungsbereiche

Nr.	Name	MM
1	Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
2	Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
4	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
5	Stammzellentransplantation	25
6	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
7	Koronarchirurgische Eingriffe	-
8	Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)	14

2 Mindestmengenregelungen

2.1 Übermittlung der Leistungsmenge

Die Darlegung der Prognose gemäß Mm-R beginnt im Jahr 2018, jedoch ohne die Vorgaben einer Softwarespezifikation des IQTIG (§ 10 Mm-R). Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß IQTIG-Spezifikation. Die Übermittlung gliedert sich in folgende drei Stufen:

1. Ausnahmetatbestand gemäß § 7 Absatz 3 Satz 1: Erste 12 Monate nach (Wieder-)Aufnahme
2. Ausnahmetatbestand gemäß § 7 Absatz 4 Satz 1: 13-24 Monate nach (Wieder-)Aufnahme
3. Regelbetrieb gemäß §§ 3 und 5

Die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Punkt 1. wird nicht von der Spezifikation des IQTIG geregelt und kann somit bei den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen werden.

Die Zählung und Übermittlung der Leistungsmengen gemäß den Punkten 2. und 3. anhand der Vorgaben der Spezifikation des IQTIG beginnt ab 1. Januar 2020. Dies umfasst die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Ausnahmetatbestand § 7 Absatz 4 Satz 1 bei Leistungserbringern, bei denen der 13. Monat der (Wieder-)Aufnahme der Leistung frühestens Januar 2019 ist, sowie die regelhafte Übermittlung von Leistungsmengen erstmalig zwischen dem 1. und 15. Juli 2020.

2.1.1 Übermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb

Die an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermittelnde Leistungsmenge beinhaltet je Leistungsbereich die Zahlen A und B. Zahl A enthält die Summe aller erbrachten Leistungen des gesamten vorausgegangenen Kalenderjahres (siehe Abbildung 2). Zahl B enthält die Summe aller erbrachten Leistungen der Quartale 3 und 4 des vorausgegangenen Kalenderjahres sowie der Quartale 1 und 2 des aktuellen Kalenderjahres. Zahl A und Zahl B werden zwischen dem 1. und 15. Juli des laufenden Kalenderjahres gemäß der Spezifikation des IQTIG an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt. Die erste Datenübermittlung im Juli 2020 enthält die Leistungsmenge des Kalenderjahres 2019 als Zahl A sowie die Leistungsmenge des 3. und 4. Quartals 2019 und des 1. und 2. Quartals 2020 als Zahl B.

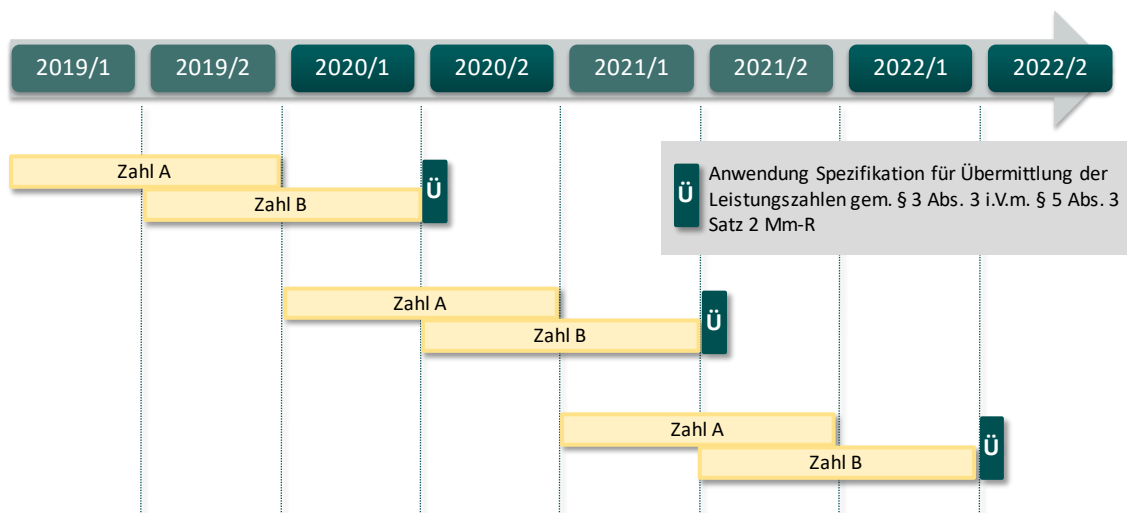


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Übermittlungszeitpunkte für die Leistungsmenge im Regelbetrieb

2.1.2 Übermittlung der Leistungsmenge bei (Wieder-)Aufnahme

Die erstmalige Erbringung einer Leistung oder die Wiederaufnahme nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung kann in jedem Monat erfolgen. In den ersten 12 Monaten ist das Krankenhaus verpflichtet, mindestens 50 % der gemäß Mm-R vorgeschriebenen Leistungsmenge zu erbringen. Die in diesem Zeitraum tatsächlich erbrachte Leistungsmenge ist bis zum 15. des 13. Monats an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Die Übermittlung dieser Leistungsmenge wird nicht durch das IQTIG spezifiziert. Wurden mindestens 50 % der geforderten Leistungsmenge erbracht, schließt sich ein weiterer 12-monatiger Zeitraum an, in dem das Krankenhaus 100 % der geforderten Leistungsmenge erbringen muss. Zwischen dem 1. und dem 15. des darauffolgenden Monats muss das Krankenhaus die erbrachte Leistungsmenge (Zahl X) gemäß der Spezifikation des IQTIG an die Landesverbände der Krankenkassen übermitteln. In Abbildung 3 ist der Sachverhalt skizziert.

Abbildung 3 zeigt weiterhin den Übergang von den Ausnahmetatbeständen gemäß § 7 Absätze 3 und 4 Mm-R zur regelhaften Übermittlung der Leistungsmenge. In den Mm-R wird in § 7 Absatz 5 festgelegt, dass das Krankenhaus nach Darlegung der Leistungsmenge gemäß § 7 Absatz 4 die erste Prognose im Regelbetrieb spätestens zum kommenden 15. Juli übermitteln muss. Diese Prognose bzw. Leistungsmenge ist in Abbildung 3 durch die grau gefärbten Kästchen dargestellt. Das IQTIG möchte an dieser Stelle auf eine möglicherweise bestehende Inkonsistenz in den Vorgaben der Mm-R hinweisen, die ggf. einer Konkretisierung bedarf. Diese Inkonsistenz ist in Abbildung 3 als rotes Kästchen eingezeichnet. Bei dem explizit gewählten Beispiel beginnt das Krankenhaus mit der Erbringung der Leistung im Februar 2018. Im Januar 2019 muss das Krankenhaus gemäß § 7 Absatz 3 Mm-R 50 % der Leistungsmenge erbringen. Nach dem Übergang in den Regelbetrieb und den Vorgaben in § 7 Absatz 5 Mm-R wird der Januar 2019 im Rahmen der Berechnung von Zahl A herangezogen. Für die Berechnung von Zahl A ist jedoch eine

Leistungsmenge von 100 % vorgesehen, sodass die Leistungsmenge des Monats Januar 2019 in zwei unterschiedlichen Kontexten interpretiert wird.

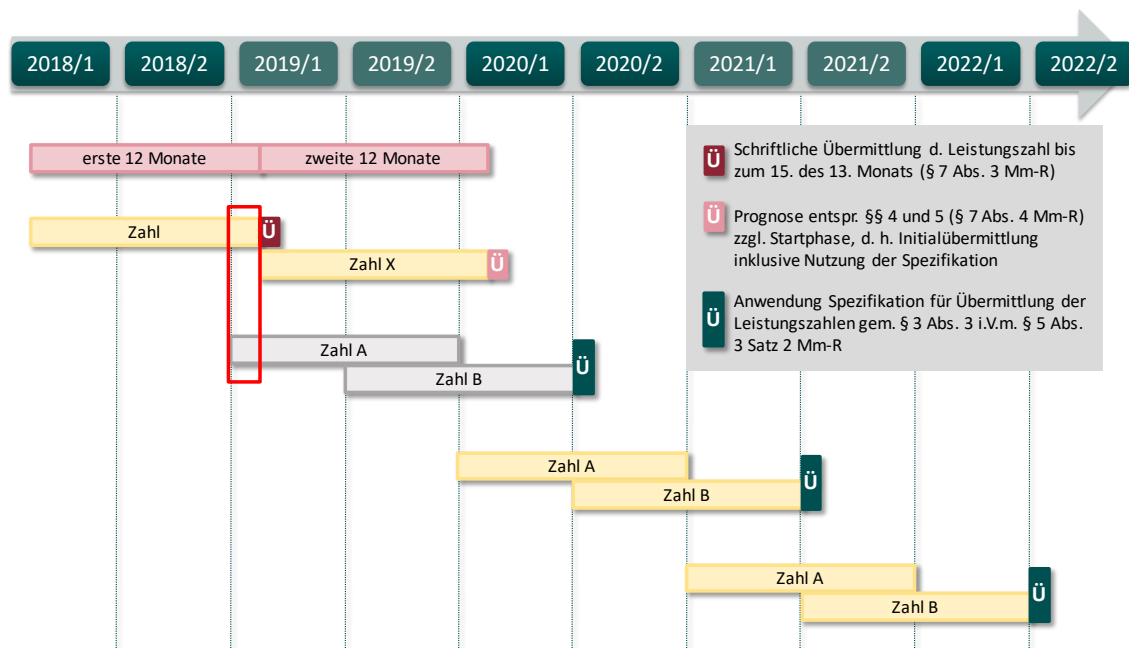


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Leistungsübermittlung im Rahmen eines Ausnahmetatbestands

3 Eingangssdatensatz

Die Zählung der Leistungen, die im Rahmen der Mm-R betrachtet werden, muss auf einer bei allen Leistungserbringern identischen und von konkreten Softwaresystemen unabhängig definierten Datengrundlage erfolgen. Diese Datengrundlage wird im Folgenden als *Eingangssdatensatz* bezeichnet (siehe Abbildung 5). Je nach Abrechnungskontext (ambulant, stationär) können hierzu existierende gesetzliche Regelungen bei der Übermittlung abrechnungsrelevanter Daten herangezogen werden. Dies können z. B. die Regelungen in § 301 SGB V sein, die in den technischen Anlagen (TA) zur Datenübermittlung konkretisiert werden. Die Referenzierung auf derart definierte Datenfelder abstrahiert von konkret genutzten Datenstrukturen unterschiedlicher Softwaresysteme, kann jedoch von allen Softwareanbietern den entsprechenden Datenfeldern in deren proprietären Datenstrukturen eindeutig zugeordnet werden. Die technischen Anlagen definieren jedoch einerseits nicht alle Informationen, die im Rahmen der Mm-R benötigt werden. Andererseits liegen bestimmte Informationen erst nach Entlassung des Patienten in entsprechender Form vor. Die Mm-R bezieht sich bei der Selektion der Fälle für die Zählung auf die Aufnahme sowie das OP-Datum und nicht auf die Entlassung von Patienten. Im Gegensatz zur externen Qualitätssicherung, bei der Patienten immer entlassen sein müssen um die fallbezogene Dokumentation im Krankenhaus abschließen zu können, kann bei der Implementierung der Spezifikation der Mm-R durch die SWA nicht auf Datenfelder der Entlassungsanzeige nach § 301 SGB V zurückgegriffen werden.

Die Ermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R erfordert zusätzlich zu fallbezogenen medizinischen Daten die Einbeziehung von Informationen über krankenhausinterne Prozesse. Aktuell handelt es sich um Informationen über Anforderungen an Weiterbildungsordnungen oder über das Level eines Perinatalzentrums.

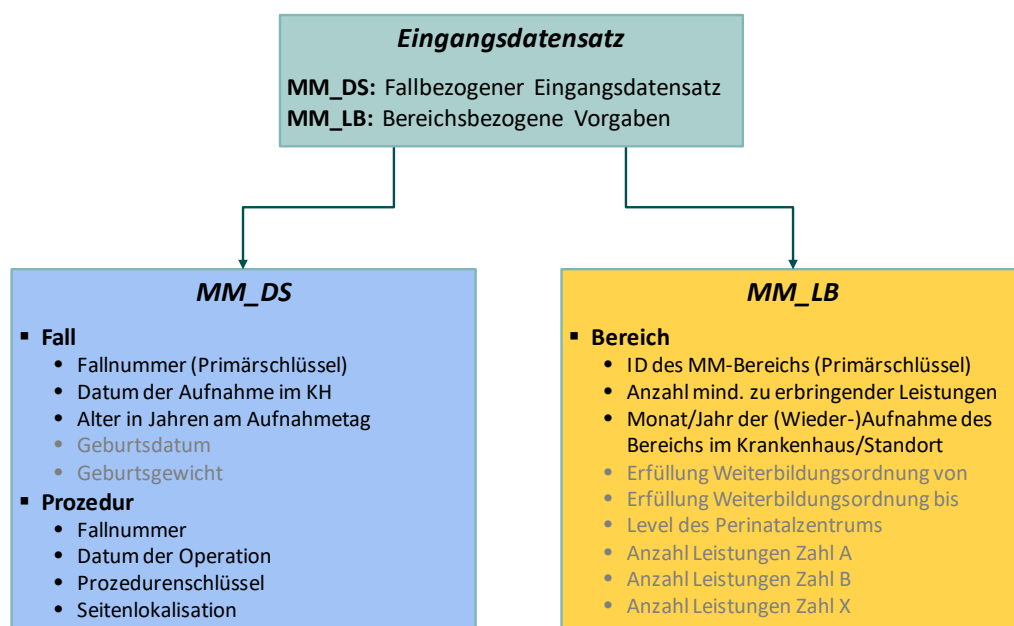


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Bestandteile des Eingangssdatensatzes

3.1 Fallbezogener Eingangsdatensatz (MM_DS)

Der fallbezogene Eingangsdatensatz wurde angelehnt an die Definition des QS-Eingangsdatensatzes DATENSATZ_301 der QS-Basispezifikation modelliert (siehe Abbildung 5, blaues Kästchen). Im Rahmen der Ermittlung der Leistungsmenge werden Informationen zum Fall (Teildatensatz FALL) sowie zu den durchgeführten Prozeduren (Teildatensatz PROZ) benötigt. Im Teildatensatz FALL ist die Fallnummer, die auch den Primärschlüssel bei der Persistierung der Daten darstellt, das Datum der Aufnahme ins Krankenhaus und das Alter am Aufnahmetag enthalten. Dieser Teildatensatz ist je Fall genau einmal vorhanden. Die Angaben zum Geburtsdatum und Geburtsgewicht werden lediglich in Leistungsbereich 8, Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g, benötigt und sind deshalb mit grauer Schrift als „Kann-Feld“ dargestellt. Das Geburtsdatum kann aus dem Alter am Aufnahmetag (bei Babys in Tagen) und dem Aufnahmetag ermittelt werden. Der Teildatensatz PROZ kann beliebig oft je Fall vorhanden sein und enthält Angaben zu einer medizinischen Behandlung. In jedem Teildatensatz PROZ wird die Fallnummer, der Tag der Operation, der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Kode sowie die Seitenlokalisierung hinterlegt.

3.2 Datensatz für bereichsbezogene Vorgaben (MM_LB)

Der Eingangsdatensatz für bereichsbezogene Vorgaben enthält spezifische Informationen zu jedem Mindestmengen-Leistungsbereich gemäß Tabelle 1. Somit wird dieser Datensatz maximal 8 (respektive 7, da der Leistungsbereich der koronarchirurgischen Eingriffe noch nicht mit einer Mindestmenge versehen ist) Einträge enthalten. Die Informationen, die zu jedem Leistungsbereich erfasst werden sollen, sind nach aktuellem Kenntnisstand des IQTIG nicht in den Datenbeständen der Krankenhausinformationssysteme (KIS) vorhanden. Hierbei handelt es sich um folgende Informationen als Muss-Felder:

- **ID des Leistungsbereichs:** Diese ID wird in der Tabelle Modul in der technischen Spezifikation des IQTIG vorgegeben und ist zu übernehmen.
- **Anzahl mindestens zu erbringender Leistungen:** Die Leistungsmenge wird in der Tabelle Modul der technischen Spezifikation vorgegeben.
- **Monat/Jahr der (Wieder-)Aufnahme:** Dieses Datum ist notwendig, um bei der Ermittlung der Leistungsmenge die Ausnahmetatbestände nach § 7 Mm-R berücksichtigen zu können. Die Information ist durch das Krankenhaus bereitzustellen und durch den Softwareanbieter in der Software zu hinterlegen.

Die folgenden Informationen werden als Kann-Felder definiert (graue Darstellung in Abbildung 5), da sie nicht in jedem Leistungsbereich relevant sind:

- **Erfüllung der Weiterbildungsordnung von:** In den Leistungsbereichen 3 und 4 (siehe Tabelle 1) wird die Erfüllung Anforderungen der gültigen Weiterbildungsordnung (WBO) gefordert. In diesem Datenfeld wird das Startdatum, ab wann die WBO erfüllt ist, hinterlegt.
- **Erfüllung der Weiterbildungsordnung bis:** In diesem Datenfeld wird das Datum erfasst, an dem die aktuelle WBO abläuft bzw. erneuert werden muss.

- **Level des Perinatalzentrums:** Für Leistungsbereich 8 (siehe Tabelle 1) muss das Level des Perinatalzentrums hinterlegt werden.
- **Zahlen A, B, X:** Anzahl der Leistungen, die tatsächlich erbracht wurden. Die Felder werden während des Zählvorgangs je Leistungsbereich als Speichervariablen genutzt und erhalten nach erfolgter Zählung die entsprechenden, an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermittelnden Mindestmengen. Es werden auch für die Leistungsbereiche 3 und 5 separate Zählvariablen zur temporären Zählung behandelter Kinder spezifiziert.

Die bereichsbezogenen Vorgaben können in der Software hinterlegt werden. Denkbar wäre in diesem Sinne ein Konfigurationsdialog, in dem diese Daten vor der Ermittlung der Leistungsmengen hinterlegt bzw. aktualisiert werden können. Um diese Datenart in der Spezifikation eindeutig kenntlich zu machen wurden neue Basistypen mit dem Präfix `PARAM:` eingeführt. Daten für Felder, die auf diesem Basistyp definiert sind, sollen somit aus der Software heraus zur Verfügung gestellt und nicht in den bestehenden Datenbeständen des KIS selektiert werden (siehe Abbildung 6).

name	bezeichnung	formatAnweisung
PARAM:MONATJAHR	Dieser Basistyp enthält Monat und Jahr (MM.JJJJ) und ist als Übergabeparameter konzipiert. Der Inhalt eines PARAM-Feldes wird über einen Konfigurationsdialog in der Software gesetzt und nicht über bestehende Datensätze oder Erfassungsmasken erfasst.	MM.JJJJ
PARAM:SCHLUESSEL	Dieser Basistyp enthält Schlüssel mit alphanumerischen Schlüsselcodes und ist als Übergabeparameter konzipiert. Der Inhalt eines PARAM-Feldes wird über einen Konfigurationsdialog in der Software gesetzt und nicht über bestehende Datensätze oder Erfassungsmasken erfasst.	

Abbildung 5: PARAM-Basistypen

3.3 Adminkriterien

Die Adminkriterien enthalten Vorgaben in Bezug auf den Umfang des fallbezogenen Eingangsdatensatzes `MM_DS`. In den Adminkriterien sind die zeitlichen Schranken definiert, nach denen Fälle im Eingangsdatensatz berücksichtigt werden müssen. Gemäß § 3 Absatz 4 Mm-R wird für die zeitliche Zuordnung der Tag der stationären Aufnahme oder der Tag der Operation herangezogen. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung des Eingangsdatensatzes, dass alle Fälle, bei denen das Aufnahmedatum bzw. das OP-Datum innerhalb des Zeitraums zur Ermittlung der Leistungsmenge liegt, in den Eingangsdatensatz einbezogen werden müssen. Die Leistungsbereiche 1-7 können anhand des Prozedurdatums einbezogen werden. Diesbezüglich sind, je nach gewähltem Algorithmus zur Auswahl entsprechender Fälle, DIMDI-Kataloge unterschiedlicher Jahre zu berücksichtigen. Der Sachverhalt ist in Abschnitt 3.2 detailliert erläutert. Im Leistungsbereich 8 wird das Aufnahmedatum/Geburtsdatum als Randbedingung im Adminkriterium gewählt.

Eine detaillierte Darstellung der Adminkriterien als Pseudocode und eine entsprechende textuelle Beschreibung wird in Abschnitt 4.2 gegeben.

3.4 Persistierung des Eingangsdatensatzes

Der Eingangsdatensatz ist nach der Erstellung und vor Anwendung der Filterkriterien revisions-sicher zu persistieren. Der Eingangsdatensatz enthält alle Datensätze, die den zeitlichen Krite-rien der Adminkriterien entsprechen, nicht nur Datensätze mit Bezug zu den einzelnen Leis-tungsbereichen der Mm-R.

3.5 Einbezug von DIMDI-Katalogen

In der Spezifikation werden DIMDI-Kataloge mehrerer Jahre zur korrekten Zählung der Leistungen benötigt. Die folgenden Randbedingungen sind hierzu gegeben:

- In Leistungsbereich 8 Mm-R (Neonatologie) existieren keine Prozedurcodes zur Ermittlung der Leistungsmenge. Demzufolge gibt es bei diesen Fällen kein Operationsdatum und das Aufnahmedatum/Geburtsdatum ist maßgeblich, um den Fall in den Eingangsdatensatz einzubeziehen.
- In allen anderen Leistungsbereichen existieren Operations-Datumsangaben zusätzlich zum Aufnahmedatum.
- Die gesamte Fallabwicklung im Rahmen der Abrechnung orientiert sich am Aufnahmetag, somit sind alle nachfolgenden Kodierungen (z. B. OPS, ICD) mit den am Aufnahmetag gültigen Katalogen zu erstellen.
- Im Eingangsdatensatz werden alle Fälle des Primärsystems (z. B. KIS) berücksichtigt, die in die entsprechenden Zeitschranken der Adminkriterien fallen. Es erfolgt an dieser Stelle keine Differenzierung nach den Leistungsbereichen oder OPS-Kodes, die später im Filter auf den Eingangsdatensatz angewendet werden.

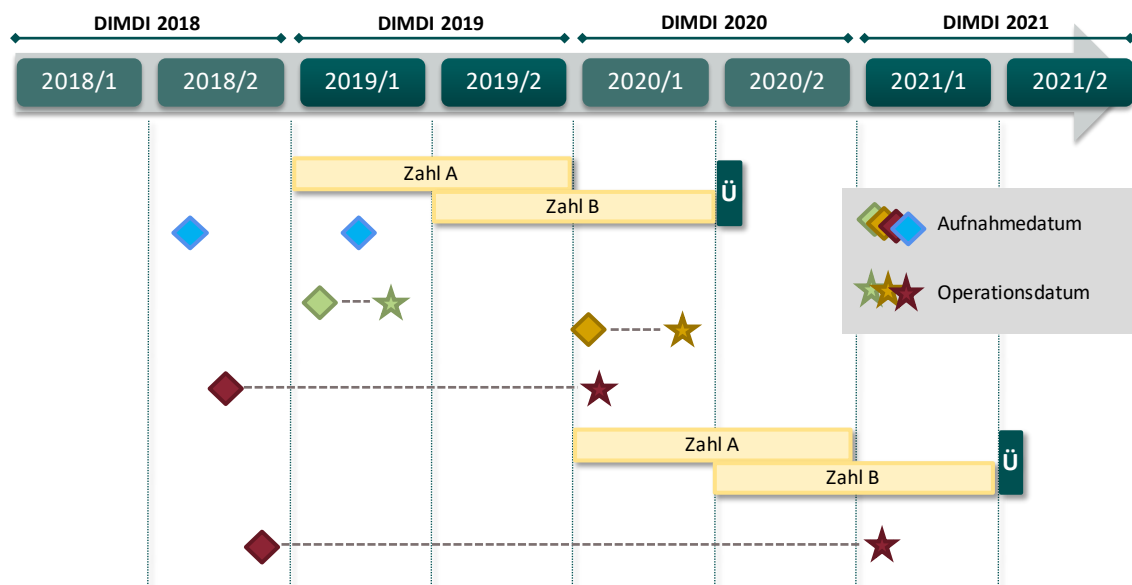


Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Eingangsdatensatz und DIMDI-Katalogen

In Abbildung 7 sind unterschiedliche Konstellationen von Aufnahme- und Operationsdaten sowie die DIMDI-Katalogversionen des entsprechenden Jahres dargestellt. Anhand verschiedener Beispiele soll nun auf den gewählten Algorithmus für die Adminkriterien hingeführt werden.

Beispiel 1: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit Geburtsgewicht <1250g

In Leistungsbereich 8 gibt es wie bereits weiter oben erwähnt keine dokumentierten Prozedurcodes im Rahmen der Mm-R. In diesem Leistungsbereich ist ausschließlich das Geburtsdatum relevant, was auch gleichzeitig das Aufnahmedatum ist. Dieser Leistungsbereich wird in Abbildung 7 durch zwei blaue Rauten repräsentiert, die jeweils eine Geburt symbolisieren. Für die Ermittlung der Leistungsmenge im Juli 2020 ist die Raute in 2019/1 relevant. Die Raute in 2018/2 ist nicht relevant. Bei der Erstellung des Eingangsdatensatzes ist der Einschluss aller Fälle mit Geburtsdatum zwischen 01.01.2019 und 30.06.2020 notwendig. Da für die Geburt von Frühgeborenen kein OPS-Code definiert ist, diese jedoch nach der Geburt intensiv betreut werden müssen, ist davon auszugehen, dass auch unterschiedliche Leistungen als OPS-Code dokumentiert werden und zum Falleinschluss herangezogen werden können. In der Spezifikation ist demzufolge die Hinterlegung der DIMDI-Kataloge für die Jahre 2019 und 2020 relevant.

Beispiel 2: Leistungsbereiche mit Aufnahme- und Operationsdatum innerhalb der Zeitgrenzen für die Ermittlung der Leistungsmenge

Die Kombination von Aufnahme (Raute) und Operation (Stern) in den Farben Grün und Orange in Abbildung 7 liegen im Zeitraum zur Ermittlung der Leistungsmenge im Juli 2020. Notwendig für die Zählung sind die Prozeduren. Die Aufnahmen sind für die Zählung nicht relevant. Während der Erstellung des Eingangsdatensatzes sind mit der Selektion (Aufnahmedatum > 01.01.2019 UND OP-Datum > 01.01.2019 UND Aufnahmedatum < 30.06.2020 UND OP-Datum < 30.06.2020) die entsprechenden Fälle selektierbar. Die ausschließliche Selektion nach OP-Datum liefert in diesem Fall das gleiche Ergebnis. Für den in grün dargestellten Fall sind in der Spezifikation lediglich die DIMDI-Kataloge für 2019 erforderlich. Im orange dargestellten Fall sind die Kataloge für 2020 erforderlich. In der Spezifikation Version 2019 müssen somit beide Katalogjahre eingebunden werden.

Beispiel 3: Leistungsbereiche mit Aufnahmedatum vor und Operationsdatum innerhalb der Zeitgrenzen für die Ermittlung der Leistungsmenge

Die Kombination von Aufnahme (Raute) und Operation (Stern) in der Farbe Rot in Abbildung 7 zeigen Fallkonstellationen auf, bei denen zusätzlich zu den DIMDI-Katalogen der beiden Jahre, auf die sich eine Leistungsmenge bezieht, weitere Kataloge in der Spezifikation berücksichtigt werden müssen. Die Prozeduren liegen im Zeitraum der Leistungsermittlung. Die Aufnahme der Patienten erfolgte jedoch vor diesem Zeitraum. Da sich alle Kodierungen nach der gültigen Klassifikation am Aufnahmetag richten, werden die Prozeduren (rote Sterne), die in den Jahren 2020 und 2021 stattfinden, deren Aufnahme jedoch in 2018 war, gemäß der DIMDI-Kataloge 2018 dokumentiert. Die Spezifikation 2019 und die Spezifikation 2020 müssen demnach auch die DIMDI-Kataloge des Jahres 2018 beinhalten, um die Leistungsmenge korrekt ermitteln zu können. Diese beiden Fallkonstellationen lassen sich beliebig verändern (Aufnahme in 2017, 2016,

etc.), es ist jedoch davon auszugehen, dass derartige Fallkonstellationen eine Ausnahme bilden werden.

Basierend auf den Überlegungen in den drei Beispielen wird das folgende Vorgehen zur Umsetzung in der Spezifikation vom IQTIG vorgesehen:

- Aufnahme der DIMDI-Kataloge 2018, 2019 und 2020 in die Spezifikation 2019
- Erweiterung der Kataloge in den Folgejahren unter Beibehaltung vorangegangener Jahre

Für das Erfassungsjahr 2019 ist mit diesen Vorgaben eine Grenze bei der Zählung von Mindestmengenleistungen für Fälle mit einer Aufnahme in 2018 festgelegt. Durch die Erweiterung der Kodetabellen in den Folgejahren unter Beibehaltung der Kodetabellen aller vorherigen Jahre wächst die Möglichkeit der Zählung von Sonderfällen, bei denen der Zeitraum zwischen der stationären Aufnahme und der Erbringung der Leistung sehr groß ist, stetig an.

3.6 Filter zur Ermittlung der Leistungsmengen

Die Leistungsmenge wird auf dem Eingangsdatensatz mit Hilfe von Filterkriterien bestimmt. Bei der Selektion der entsprechenden Prozeduren bzw. Fälle dienen die in den Abschnitten 4.3 ff. hinterlegten Filterlisten sowie Filteralgorithmen.

Zur Prüfung der Fälle bzw. Prozeduren und Zählung der Zahlen A, B und X wurden zwei Syntaxfunktionen entwickelt. Die Syntaxfunktion `zaehleMM` (siehe Abschnitt 4.1.4) ermittelt aus einem OPS-Code, dem Leistungsbereich sowie Filterlisten als Funktionsparameter ob sich der entsprechende Leistungsbereich in der (Wieder-)Aufnahmephase befindet oder im Regelbetrieb und nimmt eine entsprechende Zählung der Leistungsmenge vor. Die Syntaxfunktion `zaehleMM_NEO` (siehe Abschnitt 4.1.5) wurde für die Zählung der Leistungsmenge in Leistungsbereich 8 entwickelt und arbeitet auf Fallebene ohne Prozedurcodes.

Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Syntaxfunktionen, Algorithmen und Filterkriterien befindet sich in Abschnitt 4.

4 Spezifikationsdatenbank

4.1 Allgemeine Informationen

In den Mm-R wird von Leistungsbereichen gesprochen (siehe Abschnitt 1.2). In der Spezifikationsdatenbank wird stattdessen die Bezeichnung *Modul* verwendet. Diese Benennung orientiert sich einerseits an den bestehenden Strukturen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (QS-Basispezifikation, Sozialdatenspezifikation) und ist andererseits für die technischen Zwecke kürzer in der Wortlänge und somit einfacher in der Verwendung.

4.2 Datenbankschema

4.3 Tabelle Filterliste

In der Tabelle *Filterliste* werden die für die Mm-R Leistungsbereiche/Module notwendigen Listen definiert, die bei der Zählung der Leistungen Verwendung finden. Für jedes Modul können ein oder mehrere Filterlisten zugrunde gelegt sein, eine Ausnahme bildet das Modul MM_KCH, für das noch keine Regelungen für Mindestmengen definiert sind und dieses somit bei der Zählung momentan ausgeschlossen ist.

Die Anzahl der je Modul definierten Filterlisten orientiert sich an den Definitionen in der Anlage der Mm-R. Zu jeder Filterliste können beliebig viele Werte zugeordnet werden, die bei der Zählung als Selektionskriterium dienen. Welche Codes den entsprechenden Filterlisten zugeordnet sind ist der Tabelle *FilterlisteWert* zu entnehmen (siehe Abschnitt 3.4). Jeder Filterliste ist eine Katalogart zugeordnet (z. B. ICD/OPS). Momentan werden in den Mm-R ausschließlich OPS-Kodes zur Zählung genutzt. Die Kodelisten werden aus der Tabelle *Schlüssel* referenziert (siehe Abschnitt 3.5).

Tabelle 2: Struktur der Tabelle *Filterliste*

Feldname	Datentyp	Beschreibung
idFilterListe	Long Integer	Primärschlüssel
fkModul	Long Integer	Fremdschlüssel zu Tabelle <i>Modul</i> , um den zur Filterliste zugehörigen Leistungsbereich zu referenzieren.
name	Text(32)	Name der Filterliste
beschreibung	Text(255)	Beschreibung der Filterliste
fkSchlüssel	Long Integer	Fremdschlüssel zu Tabelle <i>Schlüssel</i> , um die Katalogart (ICD, OPS, ...) der Codes zu referenzieren, die in der Filterliste vorhanden sind (Werte in Tabelle <i>FilterlisteWert</i>)

4.4 Tabelle FilterlisteWert

Die Tabelle *FilterlisteWert* enthält alle Codes, die zur Zählung der Mindestmengen notwendig sind. Aktuell enthält diese Tabelle ausschließlich OPS-Kodes, die in der Anlage zu den Mm-R definiert sind. Jeder Code ist mittels einer Fremdschlüsselbeziehung zur Tabelle *Filterliste* (siehe Abschnitt 3.3) exakt einer Filterliste zugeordnet. Die Katalogart (ICD, OPS, ...) des jeweiligen Codes ist über die Tabelle *Filterliste* zu ermitteln. Zu jedem Code wurden zwei Jahresangaben hinterlegt, die beschreiben in welchen DIMDI Katalogversionen dieser Code gültig ist. Dies verschlankt die Tabelle, da der gleiche Code nur einmal für mehrere Katalogjahre aufgeführt werden muss.

Tabelle 3: Struktur der Tabelle *FilterlisteWert*

Feldname	Datentyp	Beschreibung
idFilterlisteWert	Long Integer	Primärschlüssel
fkFilterliste	Long Integer	Fremdschlüssel auf die Tabelle <i>Filterliste</i>
code	Text(10)	DIMDI-Kode
von	Integer	Jahr ab wann dieser Code im Rahmen der Spezifikation zu den Mm-R gültig ist.
bis	Integer	Jahr bis zu dem dieser Code im Rahmen der Spezifikation zu den Mm-R gültig ist/war. Die Gültigkeit kann enden falls der Code aus den Mm-R gestrichen oder aus einer aktuellen DIMDI-Katalogversion gestrichen oder in dieser durch einen anderen Code ersetzt wird.
beschreibung	Text(255)	

4.5 Tabelle Schluessel

In der Tabelle *Schluessel* werden die Namen von Listen definiert. Die einzelnen Elemente jeder Liste bzw. jedes Schlüssels werden in der Tabelle *SchlueselWert* definiert und der entsprechenden Liste zugewiesen (siehe Abschnitt 3.6). Eine Ausnahme hiervon bilden die Listen und Werte der Tabellen *Filterliste* und *FilterlisteWert*, die jedoch nach dem gleichen Prinzip arbeiten. Einschränkungen inhaltlicher Natur existieren in der Tabelle *Schluessel* nicht. Es werden über die Namen der DIMDI-Kataloge (ICD, OPS), OPS-Seitenlokalisierung bis hin zur Versionskennung der einzelnen Spezifikationsreleases alle im Rahmen der Spezifikation notwendigen Schlüssel definiert.

Tabelle 4: Struktur der Tabelle *Schluessel*

Feldname	Datentyp	Beschreibung
idSchluessel	Long Integer	Primärschlüssel

name	Text(32)	Name des Schlüssels (muss eindeutig sein)
beschreibung	Text(255)	Ausführliche Beschreibung des Schlüssels
extern	Ja/Nein	Zeigt an, ob die zu dieser Liste gehörenden Werte in der Tabelle <i>SchlüsselWert</i> hinterlegt sind oder aus einer externen Quelle eingebunden werden müssen (z. B. DIMDI-Kataloge).
externVerweis	Text(255)	Link zu externer Liste bzw. externem Katalog
zahl	Ja/Nein	Ist das Attribut <i>Ja</i> bzw. <i>wahr</i> , wird der Inhalt des Felds <i>name</i> als Zahl interpretiert, ansonsten als Zeichenkette

In den Filter- und Zählalgorithmen werden Schlüssel, die nicht als Zahl definiert sind, in einfachen Hochkommata dargestellt.

Externe Schlüsselkataloge sind über das Attribut *extern* deklariert. Externe Schlüsselkataloge werden nicht vom IQTIG bereitgestellt und daher auch nicht verantwortet.

Hinweise zu den Bezugsquellen sind in der Spalte *externVerweis* zu finden (z. B. <http://www.dimdi.de>). Ein Verweis auf eine Bezugsquelle kann auch unabhängig vom Attribut *extern* angegeben werden.

4.6 Tabelle SchlüsselWert

In der Tabelle *SchlüsselWert* sind alle Werte definiert und den einzelnen Listen, die in der Tabelle *Schlüssel* definiert sind, zugewiesen. Ausgenommen sind die Werte, die in externen Katalogen bereitgestellt werden. Identifizierendes Merkmal ist hier eine Kombination der Spalten *fkSchlüssel* und *code*. Das bedeutet, dass jeder Schlüsselcode innerhalb eines Schlüssels nur einmal vorkommen darf.

Wichtig: Nur Datenfelder, die in der Tabelle *SchlüsselWert* geführt sind, können in Filter- und Zählalgorithmen genutzt werden!

Tabelle 5: Struktur der Tabelle *SchlüsselWert*

Feldname	Datentyp	Beschreibung
idSchlüsselWert	Long Integer	Primärschlüssel
fkSchlüssel	Long Integer	Fremdschlüssel auf die Tabelle <i>Schlüssel</i>
code	Text(50)	Kode/Name des Werts
beschreibung	Text(255)	Ausführliche Beschreibung des Schlüssel-Werts

4.7 Tabelle Modul

In der Tabelle Modul sind Referenzen auf die Leistungsbereiche der Mm-R hinterlegt, die im Krankenhaus für eine Zählung der Leistungsmenge herangezogen werden können.

Tabelle 6: Struktur der Tabelle Modul

Feldname	Datentyp	Beschreibung
idModul	Long Integer	Primärschlüssel
name		
beschreibung	Text(255)	Ausführliche Beschreibung des Schlüssel-Werts
fkSchluesselWert	Long Integer	Fremdschlüssel auf die Tabelle <i>SchluesselWert</i>
mindestmenge	Integer	In den Mm-R festgelegte Leistungsmenge im Regelbetrieb. -1 bedeutet, dass für diesen Leistungsbereich noch keine Vorgaben zu Mindestmengen getroffen wurden.

5 Syntaxfunktionen

5.1 ExportzeitraumRegelbetrieb

```
BOOL ExportzeitraumRegelbetrieb() {  
  
  if (aktuellesDatum.Jahr = Ende_Zahl_B.Jahr &&  
      aktuellesDatum.Monat = 07 UND  
      |aktuellesDatum.Tag-15| < 15)  
  
    return true;  
  
  else  
    return false;  
}
```

Die Funktion `ExportzeitraumRegelbetrieb` errechnet aus dem aktuellen Datum, ob ein Export zwischen dem 1. Juli und 15. Juli durchgeführt wird. Ist dies der Fall gibt die Funktion den Wert `true` zurück, andernfalls den Wert `false`. In diesem Fall werden Leistungen zur Ermittlung der Zahlen A und B bei der Erstellung der Datengrundlage des fallbezogenen Eingangsdatensatzes berücksichtigt.

5.2 LeistBereichInitialphase

```
BOOL LeistBereichInitialphase(Leistungsbereich-ID idLB) {  
  
  GANZEZAHL Monate := aktuellesDatum.MonatJahr -  
                      MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR;  
  
  if (Monate = 25 UND aktuellesDatum.Tag <= 15)  
    return true;  
  
  return false;  
}
```

Die Funktion `LeistBereichInitialphase` errechnet, ob sich der aktuelle Leistungsbereich im zweiten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme befindet und zum aktuellen Zeitpunkt Zahl X übermittelt werden muss (1. bis 15. des 25. Monats). Hierfür wird die Anzahl an Monaten zwischen (Wieder-)Aufnahme und aktuellem Monat berechnet. Da die erstmalige Übermittlung der Mindestmenge gemäß IQTIG-Spezifikation im 25. Monat nach (Wieder-)Aufnahme durchgeführt werden soll, ist dieser Wert hier ausschlaggebend.

5.3 ZeitraumZahlX

```
DATUM[] ZeitraumZahlX(Leistungsbereich-ID idLB) {  
    DATUM RueckgabeWert[];  
  
    if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {  
        DATUM Start_Zahl_X :=  
            MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR + 12 Monate;  
        DATUM Ende_Zahl_X :=  
            MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR + 24 Monate;  
        RueckgabeWert[0] := Start_Zahl_X;  
        RueckgabeWert[1] := Ende_Zahl_X;  
        return RueckgabeWert;  
    }  
  
    return RueckgabeWert;  
}
```

Die Funktion `ZeitraumZahlX` errechnet die Datumsangaben für den Start und das Ende der Zählung der Leistungsmenge für die Leistungsbereiche, die sich zum aktuellen Übermittlungszeitpunkt (1. bis 15. jeden Monats) am Ende der zweiten Phase der Ausnahmetatbestände befinden. Der Rückgabewert ist ein Array, in das Start- und Enddatum des entsprechenden Zeitraums (1. und 28./29./30./31. des jeweiligen Monats) gespeichert werden. Liegt der Leistungsbereich nicht im entsprechenden Bereich wird ein leeres Array zurückgegeben.

5.4 ZaehleMM

```

BOOL ZaehleMM(OPS ops, Leistungsbereich-ID idLB,
               Liste_1, Liste_2, ..., Liste_n) {

    DATUM afnd := ops.FALL.AUFNDATUM;
    BOOL kind := false;

    if ((idLB=A3 ODER idLB=A5) UND ops.FALL.PATALTER < 18)
        kind := true;

    if(OPS EINSIN(afnd) Liste 1...n) {

        DATUM opdat := PROZ.OPDATUM;

        if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {

            DATUM Zahl_X_Zeit[] = ZeitraumZahlX(idLB);
            DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[0];
            DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[1];

            if (opdat >= Start_Zahl_X UND opdat <= Ende_Zahl_X)
                if(kind) ZAHL_KIND_X++; else ZAHL_X++;
            if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                if(kind) ZAHL_KIND_X++; else ZAHL_X++;
        }
        else {
            if (opdat >= Start_Zahl_A UND opdat < Start_Zahl_B) {
                if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
            }
            else if (opdat >= Start_Zahl_B UND opdat <= Ende_Zahl_A) {
                if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                    if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
            }
            else if (opdat > Ende_Zahl_A UND opdat <= Ende_Zahl_B) {
                if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
            }
        }
    }
}

```

Die Funktion ZaehleMM prüft für jeden OPS-Code des Eingangsdatensatzes, ob dieser in den entsprechenden Filterlisten gelistet ist. Die Filterlisten enthalten zu jedem OPS-Code die Jahre, in denen dieser Code gültig ist. Aus diesem Grund wird bei der Prüfung das Aufnahmedatum des Patienten in das Krankenhaus mit einbezogen und nur gegen die OPS-Codes geprüft, die im entsprechenden Jahr gültig waren (EINSIN(afnd)). Im Pseudocode wird zur Ermittlung des Aufnahmejahres eine Vereinfachung vorgenommen. Dieses ist im Fall ersichtlich (Fall → OPS-Code, Fall → Aufnahmedatum). Das Konstrukt ops.FALL.AUFNDAT setzt voraus, dass aus dem OPS-Code das Elternelement FALL referenziert werden kann.

Die beiden Leistungsbereiche 3 und 5 stellen spezielle Anforderungen an die Leistungserbringung bei Kindern. Krankenhäuser, die ausschließlich Kinder behandeln, sollen nicht den Rege-

lungen der Mm-R unterliegen. Aus diesem Grund wird geprüft, ob im aktuellen Bearbeitungsschritt ein OPS-Code aus diesem Leistungsbereich geprüft wird. Die Leistungen werden entsprechend auf die normalen Zählvariablen oder die Zählvariablen für Kinder aufgeschlagen. Nachdem alle OPS-Codes des Eingangsdatensatzes geprüft wurden kann außerhalb dieser Syntaxfunktion ein Abgleich stattfinden, ob ausschließlich Kinder behandelt wurden. Ist dies der Fall wird den Landesverbänden der Krankenkassen lediglich dieser Fakt mitgeteilt, es werden keine Zahlen übermittelt. Wurden auch Erwachsene behandelt, werden die Behandlungszahlen von Kindern den Zahlen A, B und X entsprechend zugeschlagen und als Mindestmenge übermittelt.

Befindet sich der Leistungsbereich in der (Wieder-)Aufnahmephase werden die entsprechenden Zeitschranken berücksichtigt. Dies wäre für die Zählung der Mindestmenge außerhalb der Datenübermittlung im Regelbetrieb nicht notwendig, da der Eingangsdatensatz zu diesen Zeitpunkten ausschließlich die Datensätze innerhalb der Zeitschranken enthält. Wird der Algorithmus jedoch zum Zeitpunkt der Datenübermittlung des Regelbetriebs genutzt, erstreckt sich die Datenmenge des Eingangsdatensatzes über 1,5 Jahre anstatt ein Jahr, sodass in diesem Fall die Einschränkung notwendig ist. Anschließend werden die erbrachten Leistungen auf ZAHL_X im leistungsbereichsbezogenen Eingangsdatensatz aufsummiert. Sollte es sich um einen Eingriff an paarigen Organen handeln wird dies über die Seitenlokalisierung geprüft und ggf. der Eingriff doppelt gezählt.

Befindet sich der Leistungsbereich im Regelbetrieb werden anhand des OP-Datums die erbrachten Leistungen auf die Zahlen A und B im leistungsbereichsbezogenen Eingangsdatensatz aufaddiert. Über die Seitenlokalisierung wird auch an dieser Stelle auf einen ggf. vorliegenden Eingriff an paarigen Organen geprüft.

Die Funktion gibt `true` zurück, wenn der OPS-Code gezählt wurde und `false` wenn er in keiner Filterliste vorhanden war.

5.5 ZaehleMM_NEO

```

BOOL ZaehleMM_NEO(FALL) {

    DATUM gebdat := FALL.GEBDATUM;
    GANZEZahl gebgew := FALL.GEBGEWICHT;

    if(gebgew < 1250) {

        if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {

            DATUM Zahl_X_Zeit[] = ZeitraumZahlX(idLB);
            DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[0];
            DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[1];

            if (gebdat >= Start_Zahl_X UND gebdat <= Ende_Zahl_X)
                ZAHL_X++;
        }
        else {
            if (gebdat >= Start_Zahl_A UND gebdat < Start_Zahl_B)
                ZAHL_A++;

            else if (gebdat >= Start_Zahl_B UND gebdat <= Ende_Zahl_A)
                ZAHL_A++;
                ZAHL_B++;

            else if (gebdat > Ende_Zahl_A UND gebdat <= Ende_Zahl_B)
                ZAHL_B++;
        }
    }
}

```

Die Zählfunktion für Leistungsbereich 8 benötigt keine Angaben zu Prozedurcodes. Es wird lediglich die Angabe zum Geburtsgewicht benötigt. Die Zählung erfolgt unter Berücksichtigung der (Wieder-)Aufnahmephase sowie der Mengengerüste für die Zahlen A und B angelehnt an die Zählung in der Syntaxfunktion ZaehleMM.

5.6 Administrative Einschlusskriterien zur Erstellung des Eingangsdatensatzes

Adminkriterium als Formel

```

if (ExportzeitraumRegelbetrieb) {

    (OPDATUM >= Start_Zahl_A UND OPDATUM <= Ende_Zahl_B) UND
    (GEBDATUM >= Start_Zahl_A UND GEBDATUM <= Ende_Zahl_B);

} else {

    if (NICHT ExportzeitraumRegelbetrieb UND
        LeistBereichInitialphase(idLB)) {

        DATUM Zahl_X[] = ZeitraumZahlX(idLB);
        DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X[0];
        DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X[1];

        (OPDATUM >= Start_Zahl_X UND OPDATUM <= Ende_Zahl_X) UND
        (GEBDATUM >= Start_Zahl_X UND GEBDATUM <= Ende_Zahl_X);

    }

}

```

Adminkriterium in Textform

Im Falle der Ermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb zwischen dem 1. und dem 15. Juli werden alle Fälle bei der Erstellung des Eingangsdatensatzes berücksichtigt, deren OP-Datum sich zwischen dem 1. Januar des vorangegangenen Jahres (Start_Zahl_A) sowie dem 30. Juni des aktuellen Jahres (Ende_Zahl_B) befinden. Die entsprechenden Datumsangaben sind in der Spezifikation hinterlegt.

Falls es in dem Krankenhaus Leistungsbereiche gibt, die den Regelungen der (Wieder-)Aufnahme unterliegen und die (Wieder-)Aufnahme im Juli des Vor-Vor-Jahres startete, sind die für die Zählung notwendigen Datensätze (Zahl_X) bereits in diesem Eingangsdatensatz enthalten.

Im Fall, dass ein Datenexport nicht im Regelbetrieb stattfindet, sondern ausschließlich Leistungsmengen bei (Wieder-)Aufnahme zu übermitteln sind, muss auch ein Eingangsdatensatz erstellt werden. Der Umfang muss jedoch nicht 1,5 Jahre wie im Regelbetrieb betragen, sondern lediglich 1 Jahr. Basierend auf dem aktuellen Datum (welches zwischen dem 1. und dem 15. des 25. Monats nach (Wieder-)Aufnahme liegt), werden die entsprechenden Zeitintervalle (Start_Zahl_X, Ende_Zahl_X) ermittelt und es werden alle Fälle im Eingangsdatensatz einbezogen, deren OP-Datum in diesem Zeitintervall liegt.

Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1250g erhalten im Regelfall lebenserhaltende Maßnahmen, die mit einem OPS-Code kodiert werden. Diese Fälle sind bereits durch das Adminkriterium zum Einschluss der Prozedurenkodes berücksichtigt. Sollten jedoch zum Zeitpunkt der Ermittlung der Mindestmenge für Leistungsbereich 8 (noch) keine OPS-Kodes erfasst worden sein, müssen die entsprechenden Fälle über das Aufnahme-/Geburtsdatum selektiert und bei der Erstellung des Eingangsdatensatz berücksichtigt werden.

5.7 Leistungsbereich 1: Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 20

Filter-Algorithmus als Formel

`ZaehleMM(OPS, A1, LEB_1, LEB_2)`

Filter-Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 7: Filterlisten Leistungsbereich Lebertransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
LEB_1	OPS	Prozeduren Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)
LEB_2	OPS	Prozeduren Lebertransplantation

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 8: Filterkodes Leistungsbereich Lebertransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
LEB_1	5-503.0	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hepatektomie, postmortal
	5-503.1	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Entfernung einer Transplantateleber als selbständiger Eingriff
	5-503.2	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Entfernung einer Eigenleber als selbständiger Eingriff
	5-503.3	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organ spende

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-503.4	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organ spende
	5-503.5	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende
	5-503.6	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende
	5-503.x	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Sonstige
	5-503.y	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): N.n.bez.
LEB_2	5-504.0	2018	2019	Lebertransplantation: Komplet (gesamtes Organ)
	5-504.1	2018	2019	Lebertransplantation: Partiell (Split-Leber)
	5-504.2	2018	2019	Lebertransplantation: Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)
	5-504.3	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.4	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.5	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.x	2018	2019	Lebertransplantation: Sonstige
	5-504.y	2018	2019	Lebertransplantation: N.n.bez.

5.8 Leistungsbereich 2: Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 25

Algorithmus als Formel

`ZaehleMM(OPS, A2, NTX_1)`

Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Verwendete Filterliste

Tabelle 9: Filterliste Leistungsbereich Nierentransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
NTX_1	OPS	Nierentransplantation

Inhalt der Filterliste

Tabelle 10: Filterkodes Leistungsbereich Nierentransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
NTX_1	5-555.0	2018	2019	Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender
	5-555.1	2018	2019	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere
	5-555.2	2018	2019	Nierentransplantation: Syngen
	5-555.3	2018	2019	Nierentransplantation: Autotransplantation
	5-555.4	2018	2019	Nierentransplantation: Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion
	5-555.5	2018	2019	Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat
	5-555.6	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes
	5-555.7	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-555.8	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
	5-555.x	2018	2019	Nierentransplantation: Sonstige

5.9 Leistungsbereich 3: Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

Algorithmus als Formel

```
if (WBO_ÖSO) {
    ZaehleMM(OPS, A3, ÖSO_1, ÖSO_2, ÖSO_3,
             ÖSO_4, ÖSO_5, ÖSO_6, ÖSO_7);
}
```

Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Anschließend ist eine Prüfung der Ergebnisse der Zählung vor der Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen notwendig. Es ist zu prüfen, ob Erwachsene behandelt wurden oder ausschließlich Kinder. Wurden ausschließlich Kinder behandelt sind keine konkreten Zahlen an die Landesverbände der Krankenkassen zu melden. Wurden jedoch auch erwachsene Patienten behandelt, sind die Leistungszahlen der behandelten Kinder den Zahlen der Erwachsenen zuzuschlagen und in Summe zu übermitteln.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 11: Filterlisten Leistungsbereich Ösophagus

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
ÖSO_1	OPS	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
ÖSO_2	OPS	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_3	OPS	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_4	OPS	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_5	OPS	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff)
ÖSO_6	OPS	Andere Operationen am Ösophagus
ÖSO_7	OPS	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 12: Filterkodes Leistungsbereich Ösophagus

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
ÖSO_1	5-423.0	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Zervikal
	5-423.1	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakal
	5-423.2	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal
	5-423.3	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominal
	5-423.x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-423.y	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_2	5-424.0	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakal
	5-424.1	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal
	5-424.10	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Ohne proximale Magenresektion
	5-424.11	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Mit proximaler Magenresektion (Kardia und

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
				Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal
	5-424.12	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie
	5-424.1x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Sonstige
	5-424.2	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominal
	5-424.x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-424.y	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_3	5-425.0	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
	5-425.1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
	5-425.2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie
	5-425.x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-425.y	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_4	5-426.0	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
	5-426.01	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.02	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.03	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.04	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Koloninterposition
	5-426.0x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Sonstige
	5-426.1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
	5-426.11	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-426.12	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.13	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.14	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Koloninterposition
	5-426.1x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Sonstige
	5-426.2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie)

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.21	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intra-thorakaler Anastomose
	5-426.22	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.23	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.24	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Koloninterposition
	5-426.2x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Sonstige
	5-426.x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-426.x1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-426.x2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.x3	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.x4	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Koloninterposition
	5-426.xx	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Sonstige

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.y	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_5	5-427.0	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)
	5-427.01	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-427.02	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-427.03	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit freier Dünndarminterposition
	5-427.04	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Koloninterposition
	5-427.0x	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Sonstige
	5-427.1	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)
	5-427.11	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-427.12	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-427.13	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit freier Dünndarminterposition

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-427.14	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Koloninterposition
	5-427.1x	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Sonstige
ÖSO_6	5-429.p	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems
	5-429.p0	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Offen chirurgisch
	5-429.p1	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Laparoskopisch
	5-429.p2	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-429.q	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems
	5-429.q0	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Offen chirurgisch
	5-429.q1	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Laparoskopisch
	5-429.q2	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ÖSO_7	5-438.0	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition
	5-438.01	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.02	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
				Dünndarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.03	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.04	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.05	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.0x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Sonstige
	5-438.1	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition
	5-438.11	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.12	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.13	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.14	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.15	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.1x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Sonstige

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-438.x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Sonstige
	5-438.21	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.22	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.23	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.24	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.25	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.2x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Sonstige

5.10 Leistungsbereich 4: Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

Algorithmus als Formel

```
if(WBO_PAN) {
    ZaehleMM(OPS, A4, PAN_1, PAN_2, PAN_3)
}
```

Algorithmus in Textform

Der Filter prüft als erstes, ob die Anforderungen an die Weiterbildungsordnung erfüllt sind. Anschließend erfolgt die Ermittlung der Mindestmenge mit der Syntaxfunktion `ZaehleMM`.

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 13: Filterlisten Leistungsbereich Pankreas

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
PAN_1	OPS	Innere Drainage des Pankreas
PAN_2	OPS	Partielle Resektion des Pankreas
PAN_3	OPS	(Totale) Pankreatektomie

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 14: Filterkodes Leistungsbereich Pankreas

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
PAN_1	5-523.2	2018	2019	Innere Drainage des Pankreas: Pankreatojejunostomie
	5-523.x	2018	2019	Innere Drainage des Pankreas: Sonstige
PAN_2	5-524.0	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
	5-524.00	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Offen chirurgisch
	5-524.01	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Laparoskopisch
	5-524.02	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-524.1	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)
	5-524.2	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
	5-524.3	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, duodenerhaltend

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-524.4	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreassegmentresektion
	5-524.x	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Sonstige
PAN_3	5-525.0	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Mit Teilresektion des Magens
	5-525.1	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Pyloruserhaltend
	5-525.2	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Duodenumhaltend
	5-525.3	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Entfernung eines Pankreastransplantates
	5-525.4	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
	5-525.x	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Sonstige

5.11 Leistungsbereich 5: Stammzellentransplantation (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämato-poetische Stammzelltransplantation)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „autologe/allogene Knochenmarktransplantation und/oder periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

Algorithmus als Formel

`ZaehleMM(OPS, A5, STX_1, STX_2)`

Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Anschließend ist eine Prüfung der Ergebnisse der Zählung vor der Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen notwendig. Es ist zu prüfen, ob Erwachsene behandelt wurden oder ausschließlich Kinder. Wurden ausschließlich Kinder behandelt sind keine konkreten Zahlen an die Landesverbände der Krankenkassen zu melden. Wurden jedoch auch erwachsene Patienten behandelt, sind die Leistungszahlen der behandelten Kinder den Zahlen der Erwachsenen zuzuschlagen und in Summe zu übermitteln.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 15: Filterlisten Leistungsbereich Stammzellentransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
STX_1	OPS	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark
STX_2	OPS	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 16: Filterkodes Leistungsbereich Stammzellentransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
STX_1	5-411.0	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen
	5-411.00	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.02	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.2	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
	5-411.24	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	5-411.25	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploid)
	5-411.26	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-411.27	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploid)
	5-411.3	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	5-411.30	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.32	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.4	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	5-411.40	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.42	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.5	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	5-411.50	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.52	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.6	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-411.x	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Sonstige
	5-411.y	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: N.n.bez.
STX_2	8-805.0	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen
	8-805.00	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.03	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.2	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
	8-805.24	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	8-805.25	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
	8-805.26	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	8-805.27	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
	8-805.3	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	8-805.30	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	8-805.32	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.4	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	8-805.40	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.42	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.5	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	8-805.50	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.52	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.6	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen
	8-805.60	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.62	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.7	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Retransfusion während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	8-805.x	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Sonstige
	8-805.y	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: N.n.bez.

5.12 Leistungsbereich 6: Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 50

Algorithmus als Formel

`ZaehleMM(OPS, A6, KEP_1)`

Algorithmus in Textform

Die Funktion ZaehleMM erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen ZAHL_A, ZAHL_B oder ZAHL_X gespeichert.

Verwendete Filterliste

Tabelle 17: Filterliste Leistungsbereich Knieendoprothesen

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
KEP_1	OPS	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

Inhalt der Filterliste

Tabelle 18: Filterkodes Leistungsbereich Knieendoprothesen

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
KEP_1	5-822.9	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese
	5-822.90	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert
	5-822.91	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert
	5-822.92	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-822.g	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese
	5-822.g0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
	5-822.g1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
	5-822.g2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.h	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese
	5-822.h0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Nicht zementiert
	5-822.h1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert
	5-822.h2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.j	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit
	5-822.j1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
	5-822.j2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.k	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese
	5-822.k0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Nicht zementiert

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-822.k1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Zementiert
	5-822.k2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)

5.13 Leistungsbereich 7: Koronarchirurgische Eingriffe

Mindestmenge

Die Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

5.14 Leistungsbereich 8: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 14

Algorithmus als Formel

```
PERINATALZENTRUM = 'Level 1' UND ZaehleMM_NEO(FALL)
```

Algorithmus in Textform

Wenn das Krankenhaus einem Perinatalzentrum Level 1 entspricht wird die Zählung der Fälle mittels der Syntaxfunktion `ZaehleMM_NEO` durchgeführt. Der Übergabeparameter ist der entsprechende Fall, in dem das Geburtsgewicht hinterlegt ist.

6 Exportdatensatz

6.1 Übermittlung der Leistungsmengen an die Landesverbände der Krankenkassen

Der Export der Daten erfolgt in einer XML-Datenstruktur. Die Definition wird in einem XML-Schema bereitgestellt. In Abbildung 8 ist das Wurzelement nebst Untergliederung der Transaktionsinhalte in Metainformationen und Lieferdaten grafisch dargestellt. Abbildung 9 zeigt die Ausprägung der Metainformationen. Die Unterschiede der Lieferdaten zwischen Regelbetrieb und (Wieder-)Aufnahmephase werden in Abbildung 10 und Abbildung 11 gegenübergestellt.

In Abbildung 12 ist beispielhaft eine XML-Datei für den Regelbetrieb dargestellt, welche den Festlegungen des definierten XML-Schemas entspricht. In Abbildung 13 ist beispielhaft eine XML-Datei für die (Wieder-)Aufnahmephase dargestellt.

Leistungsbereiche, die sich zum Zeitpunkt des Regelbetriebs noch in der (Wieder-)Aufnahmephase befinden, werden mit dem XML-Element `NichtAngeboten` übermittelt. Weitere Details und nähere Erläuterungen zu den XML-Elementen können dem XML-Schema-Entwurf im Anhang entnommen werden.

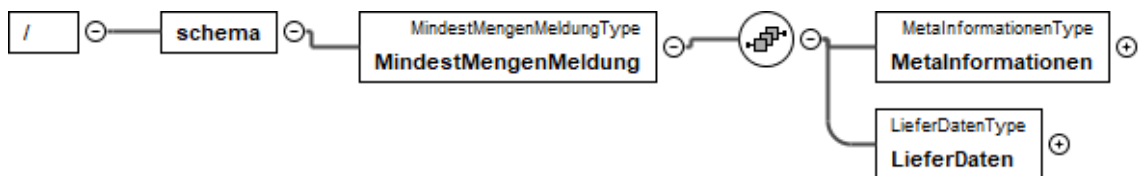


Abbildung 7: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen und Lieferdaten

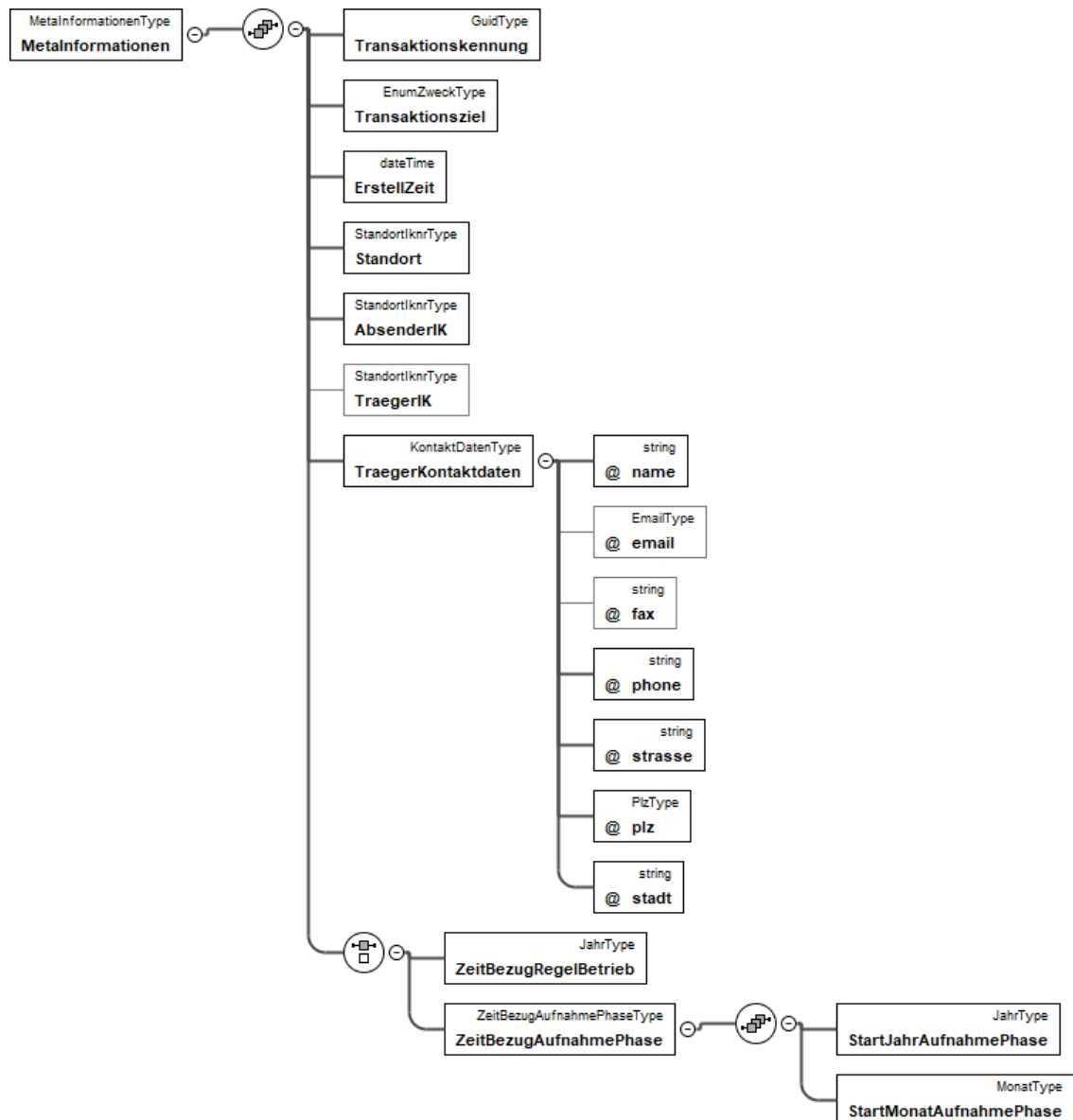


Abbildung 8: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen Details

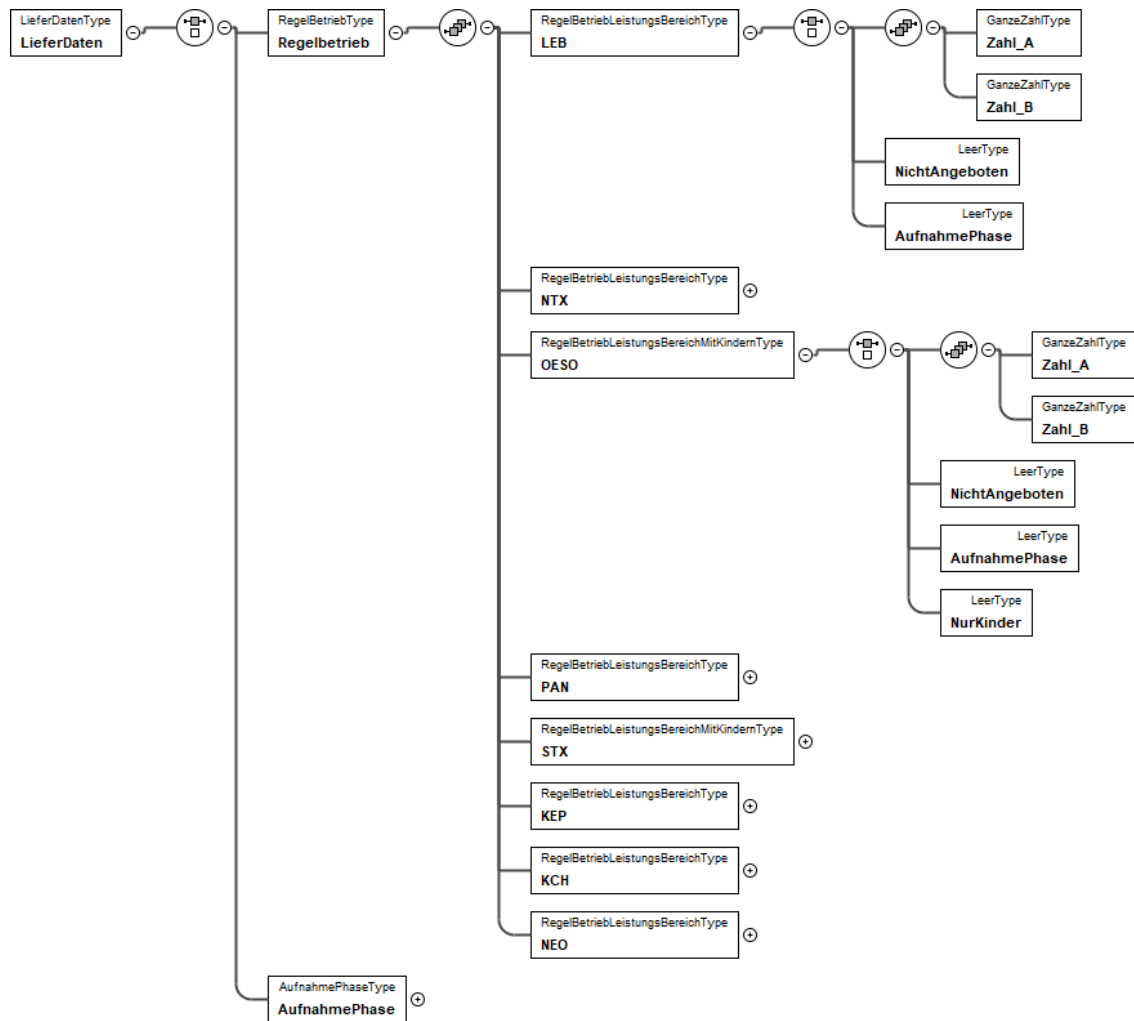


Abbildung 9: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten Regelbetrieb Details

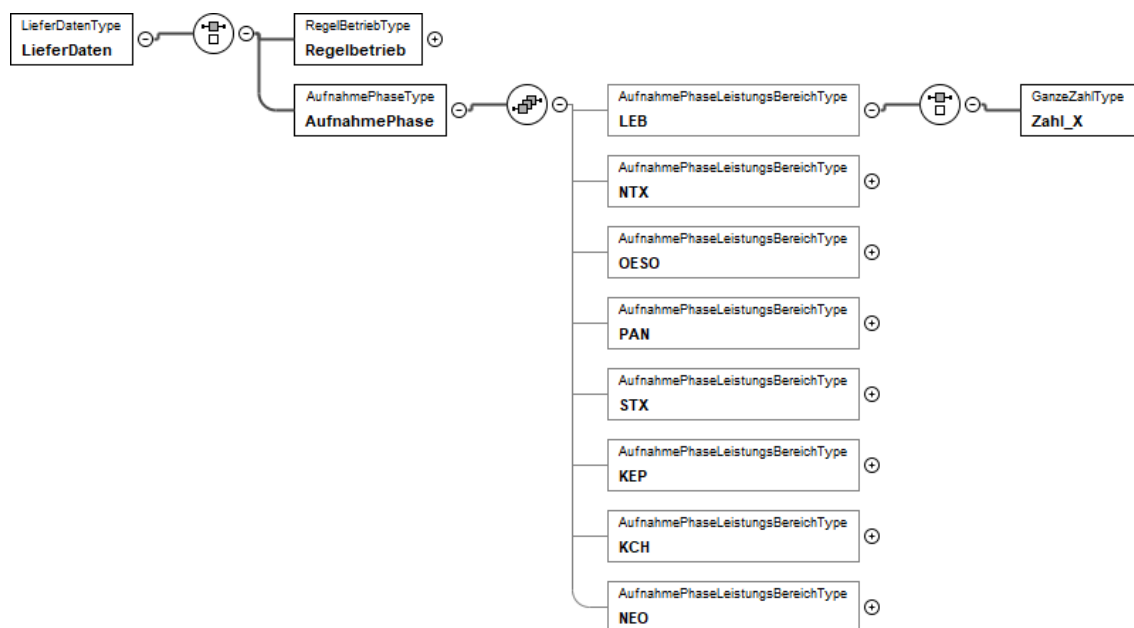


Abbildung 10: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten AufnahmePhase Details

```

<MindestMengenMeldung xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <MetaInformationen>
    <Transaktionskennung>{30a4ecfd-8cd6-4479-8aa7-95cebe38f0c9}</Transaktionskennung>
    <Transaktionsziel>Testbetrieb</Transaktionsziel>
    <ErstellZeit>2020-06-10T09:09:09</ErstellZeit>
    <Standort>123456789</Standort>
    <AbsenderIK>2600000000</AbsenderIK>
    <TraegerKontaktdaten fax="12345/678910" phone="12345/678910"
      email="office@leistungserbringer.de" name="Einrichtung (Träger)" strasse="Strasse"
      plz="12345" stadt="Stadt"/>
    <ZeitBezugRegelBetrieb>2019</ZeitBezugRegelBetrieb>
  </MetaInformationen>
  <LieferDaten>
    <Regelbetrieb>
      <LEB>
        <Zahl_A>23</Zahl_A>
        <Zahl_B>30</Zahl_B>
      </LEB>
      <NTX>
        <Zahl_A>28</Zahl_A>
        <Zahl_B>35</Zahl_B>
      </NTX>
      <OESO>
        <NichtAngeboten/>
      </OESO>
      <PAN>
        <NichtAngeboten/>
      </PAN>
      <STX>
        <NurKinder/>
      </STX>
      <KEP>
        <AufnahmePhase/>
      </KEP>
      <KCH>
        <NichtAngeboten/>
      </KCH>
      <NEO>
        <NichtAngeboten/>
      </NEO>
    </Regelbetrieb>
  </LieferDaten>
</MindestMengenMeldung>

```

Abbildung 11: Beispiel einer XML-Exportdatei - Regelbetrieb

```

<MindestMengenMeldung xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:noNamespaceSchemaLocation="mindestmengenmeldung.xsd">

  <MetaInformationen>
    <Transaktionskennung>{c7b9119a-657b-455b-b76e-f230d8d869f3}</Transaktionskennung>
    <Transaktionsziel>Testbetrieb</Transaktionsziel>
    <ErstellZeit>2020-07-10T10:10:10</ErstellZeit>
    <Standort>123456789</Standort>
    <AbsenderIK>2600000000</AbsenderIK>
    <TraegerIK>987654321</TraegerIK>
    <TraegerKontaktdaten fax="12345/678910"
      phone="12345/678910"
      email="office@leistungserbringer.de"
      name="Einrichtung (Träger)"
      strasse="Strasse"
      plz="12345"
      stadt="Stadt" />
    <ZeitBezugAufnahmePhase>
      <StartJahrAufnahmePhase>2019</StartJahrAufnahmePhase>
      <StartMonatAufnahmePhase>6</StartMonatAufnahmePhase>
    </ZeitBezugAufnahmePhase>
  </MetaInformationen>

  <LieferDaten>
    <AufnahmePhase>
      <NTX>
        <Zahl_X>28</Zahl_X>
      </NTX>
    </AufnahmePhase>
  </LieferDaten>

</MindestMengenMeldung>

```

Abbildung 12: Beispiel einer XML-Exportdatei - (Wieder-)Aufnahmephase

7 Datenübermittlung

Die Übermittlung der Daten erfolgt gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß § 95 SGB V und den entsprechenden Technischen Anlagen¹. Es wird das Krankenkassenkommunikationssystem (KKS) mittels File Transfer, Access and Management over Internet Protocol (FTAM over IP) genutzt.

Für die Verschlüsselung wird das Verschlüsselungsverfahren PKCS#7, wie in der aktuellen Fassung der „Security Schnittstelle für das Gesundheitswesen“ beschrieben, angewendet.

7.1 Übermittlungsdateien

Die Übermittlung von Daten im KKS erfolgt immer durch zwei Dateien, die Nutzdatendatei und die Auftragsdatei.

Nutzdatendatei

Die Nutzdatendatei ist binärkodiert und kann einen beliebigen Inhalt haben.

Gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Abschnitt 5 (Sicherheitsverfahren) ist die Nutzung von Verschlüsselungsverfahren und digitalen Signaturen verpflichtend anzuwenden, um die Vertraulichkeit, Integrität und Verbindlichkeit der zu übermittelnden Daten zu gewährleisten. Demnach ist die XML-Exportdatei mit dem privaten Schlüssel des Datensenders zu signieren und anschließend mit dem öffentlichen Schlüssel des Datenempfängers zu verschlüsseln. Der Datenempfänger muss bei Datenannahme das Zertifikat des Absenders auf Gültigkeit prüfen.

Der Dateiname der Nutzdatendatei spielt bei der Übermittlung und dem Empfang eine wichtige Rolle für die Identifikation in der Datenannahmestelle. Dieser Dateiname muss aus der Verfahrenskennung bestehen (siehe Abschnitt 7.2).

Gemäß den Richtlinien des KKS wird der 8-stellige Transferdateiname für die Übertragung nach folgendem Schema gebildet:

< [E / T] > < XXXX > < 999 >

Erläuterung der Dateinamensbausteine:

< [E / T] > : Echtdaten (E) oder Testdaten (T)

< XXXX > : 4-stellige Verfahrenskennung inkl. Versionsnummer (hier immer „MMR0“)

< 999 > : 3-stellige laufende Nummer

Der Name der zugehörigen Auftragssatzdatei wird aus dem Dateinamen der Transferdatei und dem Zusatz „.AUF“ gebildet.

¹ <https://gkv-ag.de/datenaustausch/technische-grundsaeetze/>

Auftragsdatei

Der Aufbau der Auftragsdatei ist in den „Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen“ beschrieben.

VERFAHREN_KENNUNG:

- EMMR0 – Echtdaten Mindestmengenregelungen

Zur Übermittlung von Daten im KKS wird eine Verfahrenskennung (Gemeinsame Grundsätze Anlage 4) benötigt. Die Verfahrenskennung im Rahmen der Mm-R lautet „MMR“.

7.1.1 Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Landesverbände der Krankenkassen

Im Falle der Übermittlung der Leistungsmengen im Rahmen der Mm-R ist die Nutzdatendatei die XML-Exportdatei, in der die entsprechenden Leistungsmengen dokumentiert sind (siehe Abschnitt 6.1).

7.2 FTAM over IP

Die Nutzdatendatei sowie die Auftragsdatei werden nach Erstellung mittels dem Übertragungsprotokoll FTAM over IP vom Krankenhaus an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt. Die entsprechenden Festlegungen sind in den Gemeinsamen Grundsätzen Anlage 10 geregelt.

7.3 Datenannahmestellen bei den Landesverbänden der Krankenkassen

8 Releaseplanung

Die Spezifikation für die Mindestmengenregelungen wird in einem jährlichen Intervall angelehnt an die Veröffentlichung der QS-Basispezifikation veröffentlicht.

Zu einem Zeitpunkt ist stets ausschließlich eine Spezifikation gültig. Der Stichtag für den Wechsel ist der 1. Februar eines jeden Jahres. Ab diesem Zeitpunkt muss für die (Wieder-)Aufnahme bereits der Januar desselben Jahres berücksichtigt werden. Daher können die Kodierungen für den Januar relevant sein. Da sich die Kodierung gemäß DIMDI auf den Aufnahmetag bezieht, besteht die Anforderung diese Kodierungen auch für mehrere Jahre in einer Spezifikation zu den Mindestmengenregelungen zu führen.

