



**Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen
Baden-Württemberg**

**Information über Änderungen zum
Verfahrensjahr 2021**

Inhalt

Informationen über allgemeine Änderungen.....	3
QS-Verfahrensübergreifende Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2021	3
Informationen über Änderungen in den einzelnen QS-Verfahren	5
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	5
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)....	6
Cholezystektomie (QS CHE)	7
Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	8
Karotis-Revaskularisation (10/2)	10
Pneumonie (PNEU)	11
Mammachirurgie (18/1)	13
Gynäkologische Operation (15/1).....	14
Dekubitusprophylaxe (DEK)	15
Kardiologie	16
Herzschrittmacherimplantation (09/1).....	16
Herzschrittmacheraggregatwechsel (09/2)	18
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	19
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (09/4, 09/5, 09/6)	20
Geburtshilfe (16/1)	21
Neonatologie (NEO)	22
Orthopädie/Unfallchirurgie	23
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	23
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	27
Knieendoprothesenversorgung (KEP).....	32
MultiResistente Erreger (QS MRE)	37
Universelles Neugeborenen Hörscreening (QS UNHS BW)	38
Schlaganfall (80/1)	39

Informationen über allgemeine Änderungen

QS-Verfahrensübergreifende Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2021

- Überführung der ehemaligen QSKH-Module in den Geltungsbereich der DeQS-RL. (Qualitätssicherungsverfahren 7 – 15 nach DeQS-RL)
 - Die bisherigen Exportmodule der QSKH-RL werden der DeQS-RL zugeordnet. Ausgenommen hiervon sind die Exportmodule HTXFU_QSKH, PNTXFU_QSKH, NLSFU_QSKH, LTXFU_QSKH, LLS_FU_QSKH und LUTXFU_QSKH. Für die Module HTXFU, NLSFU, LTXFU, LLSFU und LUTXFU wird zusätzlich zu dem Exportmodul der QSKH-RL ein Exportmodul für die DeQS-RL ergänzt.
 - Bei den Follow-up-Modulen der Verfahren Transplantationsmedizin und Nierenersatztherapie bleibt zusätzlich die Zuordnung zur QSKH-RL erhalten.
 - Für die Exportmodule 09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6, 10/2, 15/1, 16/1, 17/1, 18/1, DEK, HEP, KEP, NEO und PNEU werden die Exportzeiträume auf den 15.03. erhöht.
 - Datenlieferung ab 1. Januar 2021
 - Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL
 - aktuell keine Erweiterung auf den vertragsärztlichen Bereich
 - neu vierteljährliche Zwischenberichte neben den bereits bekannten jährlichen Rückmeldeberichten.
- Der G-BA hat vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ergänzende Beschlüsse auch für das **Erfassungsjahr 2021** gefasst: Auch für das Erfassungsjahr 2021 wird die Verpflichtung für die unterjährigen Datenlieferungen zum 15.05., 15.08. und 15.11. grundsätzlich ausgesetzt. Diese Aussetzung gilt nach Kenntnis der Geschäftsstelle der QiG BW GmbH allerdings nicht für den Bereich der **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**. D.h. **nach aktuellem Kenntnisstand bleibt die Verpflichtung zur unterjährigen Datenübermittlung zum 15.05., 15.08. und 15.11. in den Bereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie für das Erfassungsjahr 2021 bestehen**. Die Verpflichtung zur Datenlieferung für das gesamte Erfassungsjahr 2021 bis spätestens zum 15.03.2022 (Ende der Korrekturfrist) für alle QS-Verfahren besteht unverändert. Es wird ausdrücklich empfohlen, die quartalsweise Datenübermittlung für alle bundesweiten QS-Verfahren (sofern unter Berücksichtigung der aktuellen Umstände möglich) beizubehalten, da so die quartalsweisen unterjährigen Auswertungen des IQTIG zur Überprüfung der Ergebnisse / der Dokumentation genutzt werden können.
- Leistungserbringer-Pseudonymisierung
 - für alle Verfahren (jedes Verfahren einzeln - verfahrensspezifische Pseudonymisierung)
 - Konsequenz: getrennte Übermittlung in separaten Transportdateien → erhöhter Aufwand
 - Standortkontrolle der DAS entscheidet über Validität

- Die Module der Verfahren „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“ (09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5 und 09/6) und „Hüftgelenkversorgung“ (17/1 und HEP) werden jeweils gemeinsam pseudonymisiert. Hierzu werden folgende neue Pseudonymisierungsverfahren in die Spezifikation aufgenommen:
 - Hüftgelenkversorgung, HGV
 - Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, HSMDEF
- Sollstatistikformulare
 - werden zu einem gemeinsamen ab Erfassungsjahr 2021 zusammengeführt

Informationen über Änderungen in den einzelnen QS-Verfahren

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 1 (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie, QS PCI)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Folgende Felder werden neu eingeführt: - Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms (Feld 25)
Ausfüllhinweise	Ergänzung/Anpassung der Ausfüllhinweise zu Feld 24: Akutes Koronarsyndrom Zu kodieren ist der Auslöser dieser Prozedur bzw. die Symptomatik am Prozedurtag. Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CK-MB

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 2 (Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen, QS WI)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Aussetzung des fallbezogenen Teils von QS WI im Verfahrensjahr 2021 laut G-BA-Beschluss vom 17.12.2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI.pdf
Kriterien Minimaldatensatz	Aussetzung des fallbezogenen Teils von QS WI im Verfahrensjahr 2021 laut G-BA-Beschluss vom 17.12.2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI.pdf
Dokumentationsbogen	Aussetzung des fallbezogenen Teils von QS WI im Verfahrensjahr 2021 laut G-BA-Beschluss vom 17.12.2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI.pdf
Ausfüllhinweise	Aussetzung des fallbezogenen Teils von QS WI im Verfahrensjahr 2021 laut G-BA-Beschluss vom 17.12.2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI.pdf

Fallstricke:

- Aussetzung der einrichtungsbezogenen Dokumentation im Jahr 2021 zum Verfahrensjahr 2020 laut G-BA-Beschluss vom 17.12.2020. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI.pdf
- Möglicherweise muss die einrichtungsbezogenen Dokumentation im Jahr 2022 zum Verfahrensjahr 2021 wieder richtliniengemäß erfolgen

Cholezystektomie (QS CHE)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 3 (Cholezystektomie, QS CHE)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Diagnose(n) der Tabelle CHE_ICD_EX Hier wurde neu die Ausschluss-Diagnose C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge aufgenommen
Kriterien Minimaldatensatz	keine Änderungen im Vergleich zum Vorjahr
Dokumentationsbogen	<p>Die Fragen und Schlüssel in den Feldern 17 bis 26 wurden angepasst. Exemplarisch für Feld 17 die Änderung: Bestand die Streptokokkensepsis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt vor der Cholezystektomie?</p> <p><small>gemäß ICD-10-GM: A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9 0 =nein, Diagnose wurde erst nach der Cholezystektomie gestellt 1 =ja, Diagnose wurde vor der Cholezystektomie gestellt 9 =aufgrund der Dokumentation nicht nachvollziehbar</small></p> <p>Die ICD-Codes zu den Feldern 17 bis 26 wurden ebenfalls aktualisiert.</p> <p>Die im Feld 13 "Prozedur während des stationären Aufenthaltes" (OPSCHLUESSEL; siehe Anmerkung 1 im Dokumentationsbogen) und im Feld 16 "Diagnose(n)" (ENTLDIAG; siehe Anmerkung 2 im Dokumentationsbogen) dokumentationspflichtigen Codes wurden ebenfalls geändert.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Die Ausfüllhinweise zu den Feldern 17 bis 26 wurden ebenfalls angepasst. Exemplarisch für Feld 17 die Änderung: „Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bekannt war bestand („Present before Operation“). Der Schlüsselwert „ja“ ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert „nein“ zu wählen.</p> <p>Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen.</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen.</p> <p>Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.20202021 bis zum 10.1.20202021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.20202021 bis zum 20.1.20202021</p> <p>Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.20202021 und 20.1.20202021 vorlagen.“</p>

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

QS-Verfahren	Modul DIAL im Verfahren 4 (Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen, QS NET)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Es werden Plausibilitätsregeln aufgenommen, um die Dokumentation des Datenfeldes „Gebührenordnungsposition (GOP)“ sicherzustellen. Die ergänzende Bezeichnung für die Datenfelder wird in diesem Zusammenhang gelöscht.
Dokumentationsbogen	<p>Modul DIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Bogen Verlaufsdaten erhält das Datenfeld „Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?“ den zusätzlichen Schlüsselwert „keine Informationsgespräche angeboten“. <p>Folgendes Feld wurde im Bogen „Basis“ neu eingepflegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Organisationsform der Dialysebehandlung" (Feldnr.: 20) [DIALORGA] <p>Folgendes Feld wurde im Bogen „Verlaufsdaten“ neu eingepflegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation" (Feldnr.: 30) [EVALDATUM] <p>Folgende Felder wurden im Bogen „Basis“ gestrichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> "lebenslange Arztnummer" (Feldnr.: 12) [LANR] "renale Grunderkrankung" (Feldnr.: 20) [ZUGRUNDNIERENERKR] "mechanische Komplikation" (Feldnr.: 61.1) [KOMPLMECH] "Infektion" (Feldnr.: 61.2) [KOMPLINFEKT] "sonstige Komplikation" (Feldnr.: 61.3) [SONSTKOMPLIK] <p>Folgende Felder wurden im Bogen „Verlaufsdaten“ gestrichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Organisationsform der Dialysebehandlung" (Feldnr.: 23) [DIALORGA] "Nachtdialyse" (Feldnr.: 29) [INFOJNANACHT] "HIV-Infektion" (Feldnr.: 45) [HIV] <p>Folgendes Feld wurde im Bogen „Wesentliche Ereignisse“ gestrichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Todesursache" (Feldnr.: 79) [EDTATOD] <p>Die Plausibilitätsregeln werden dahingehend geändert, dass wenn der Status des Leistungserbringers „Vertragsarzt“ [2] oder „Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträge“ [3] ist, das Datenfeld „besondere Personengruppe“ ausgefüllt werden muss.</p> <p>Es werden die Plausibilitätsregeln dahingehend geändert, dass wenn der Status des Leistungserbringers „Krankenhaus“ [1] und die Art der Leistungserbringung „ambulant erbrachte Leistung“ [1] ist, das Datenfeld „entlassender Standort“ optional befüllt werden kann. Die administrativen Prüfungen werden dahingehend angepasst.</p>

	<p>Es wird eine Plausibilitätsregel eingeführt, die regelt, dass wenn der Status des Leistungserbringers nicht „Krankenhaus“ [1] ist, der „behandelnde Standort (OPS)“ nicht ausgefüllt werden darf.</p> <p>In der Tabelle „Pruefung“ wird die Prüfung „Ist für das Exportmodul DIAL_KV und DIAL_SV ausschließlich die BSNRAMBULANT angegeben?“ aufgenommen. Diese Prüfung ist im DPP implementiert und relevant für Leistungserbringer, die Datenannahmestelle KV und die BAS.</p> <p>Die Prüfung auf Zulässigkeit der Standortangaben wird dahingehend angepasst, dass der entlassende Standort nicht mehr vorliegen muss.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Ausfüllhinweis zu Feldnr. 20 im Bogen Basis neu eingepflegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte geben Sie die Organisationsform an, in der der Patient dialysiert wird. <p>Ausfüllhinweis zu Feldnr. 30 im Bogen Verlaufsdaten neu eingepflegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte geben Sie das Datum an, an dem die letzte anamnestische und/oder diagnostische Maßnahme zur Evaluation des Patienten durchgeführt wurde.

Karotis-Revaskularisation (10/2)

QS-Verfahren	Karotis-Revaskularisation = 10/2 = Modul Karotis-Revaskularisation im QS-Verfahren 7 (QS Karotis)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	<p>Für das Datenfeld „Art des Eingriffs“ wird ein neuer Schlüsselwert „Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur“ aufgenommen.</p> <p>Für das Datenfeld „Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?“ wird ein neuer Schlüsselwert „retrograder PTA-Stent A. carotis communis“ aufgenommen. Das Datenfeld wird unmittelbar hinter das Feld „Art des Eingriffs“ verschoben.</p> <p>Die Abschnittsüberschrift „Verlauf der Prozedur“ wird gelöscht.</p> <p>Es werden die gültigen Angaben für die Körpergröße aus Gründen der Vereinheitlichung auf „50 – 270 cm“ festgelegt.</p>
Ausfüllhinweise	Der Ausfüllhinweis zum umbenannten Feld „Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)“ wurde angepasst. Der Satz „Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen“ wurde gestrichen.

Pneumonie (PNEU)

QS-Verfahren	Ambulant erworbene Pneumonie = PNEU = Modul Ambulant erworbene Pneumonie im QS-Verfahren 8 (QS CAP)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Diagnose(n) der Tabelle PNEU_ICD_EX Hier wurde neu die Ausschluss-Diagnose Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems aufgenommen
Kriterien Minimaldatensatz	Es gilt weiterhin: „Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden.“
Dokumentationsbogen	<p>Neu eingeführt wurde Feld 19 „erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme“. Dieses Feld muss ausgefüllt werden, wenn in Feld 18 „Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ der Zeitpunkt entsprechend angegeben wurde.</p> <p>Folgende Schlüssel sind dann für die erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme anzugeben: ☐</p> <p>0 = unter 90% 1 = mindestens 90% 2 = unter 90% mit Sauerstoffgabe 3 = mindestens 90% mit Sauerstoffgabe</p> <p>Der Hinweis im Dokumentationsbogen zur Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung entfällt; der Ausfüllhinweis wurde angepasst (siehe weiter unten)</p> <p>Die Bedingung für das Ausfüllen der Felder zur Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung wurde angepasst. Bisher mussten diese Felder nur bei Entlassungsgrund „07 = Tod“ nicht ausgefüllt werden. Ab dem Erfassungsjahr 2021 sind diese Felder in deutlich weniger Fällen auszufüllen (auszufüllen bei folgenden Angaben in Feld 27 „Entlassungsgrund“: Schlüssel '01';'02';'03';'09';'10';'13';'14')</p>
Ausfüllhinweise	<p>Betreffs Feld 15.1 „spontane Atemfrequenz“ wurde die gültige Angabe der spontanen Atemfrequenz auf 1-90 Atemzüge/Minute geändert (bisher war die gültige Angabe 1-60 Atemzüge/Minute).</p> <p>Zum neuen Feld 19 „erste Sauerstoffsättigung“ ist der Ausfüllhinweis: „Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Nach klinischer Möglichkeit sollten Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie bei der Messung Raumluft atmen und bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie sollte die Messung unter der Sauerstofflaufrate erfolgen, die der Patient aufgrund seiner Grunderkrankung dauerhaft erhält.“</p>

Die Änderungen des Ausfüllhinweises zu **Feld 23** „Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?“ sind wie folgt: „Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel „nur palliative Zielsetzung“ oder „therapia minima“ dokumentiert ist. Hinweise wie „keine Reanimation“ oder „keine **wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung“ sind, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht ausreichend erfolgte.**“

Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das ~~Patientenrechtegesetz-BGB~~ in § 630 f ~~BGB~~ **630f** „Dokumentation der Behandlung“ enthält dazu folgende ~~Abätze:~~ **Sätze:**

(1) Satz 1 „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“

(2) Satz 1 „ Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“

Mammachirurgie (18/1)

QS-Verfahren	Mammachirurgie = 18/1 = Modul Mammachirurgie im QS-Verfahren 9 (QS MC)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine relevante Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	<p>Das Feld „Mikrokalk“ wurde umbenannt in „Mikrokalk ohne Herdbefund“ (siehe Ausfüllhinweis).</p> <p>Für das Feld „HER2-Status“ wurde der Schlüsselwert „2 = zweifelhaft/Borderline-Kategorie“ in „2 = Ausnahmekategorie“ umbenannt (siehe Ausfüllhinweis).</p> <p>Im Schlüssel 3 zum Lymphknoten-Status (N-Stadium) wurde die Möglichkeit geschaffen, „cN0“ zu dokumentieren. Dies war mehrfach von Leistungserbringern gefordert worden.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Der Ausfüllhinweis zum umbenannten Feld „Mikrokalk ohne Herdbefund“ wurde angepasst. „Ja“ darf nur bei Befunden mit reinem Mikrokalk (ohne Herdbefund) dokumentiert werden.</p> <p>Der Ausfüllhinweis für das Feld „HER2-Status“ wurde an die Änderung des Schlüsselwerts „2 = zweifelhaft/Borderline-Kategorie“ in „2 = Ausnahmekategorie“ angepasst. Bei einer Borderline-Kategorie sollte eine weitere Testung zur Klärung des HER2-Status erfolgen. Nach der aktuellsten Empfehlung der ASCO/CAP Clinical Practice Guideline entfällt die Borderline-Kategorie. Aus diesem Grund wird zukünftig die Möglichkeit zur Dokumentation dieser Kategorie entfallen.</p> <p>Der Ausfüllhinweis zum Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“ wurde u.a. dahingehend ergänzt, dass eine prä- oder intraoperative Markierung explizit <u>unabhängig von der vermuteten Dignität</u> insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen erfolgen soll.</p> <p>Für das Feld „intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie“ gilt folgender neuer Ausfüllhinweis: „Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparateradiografie oder Präparatesonografie zu erbringen - unabhängig von der vermuteten Dignität. Auch bei ultraschallgesteuerter Operation sollte die Präparatesonografie durchgeführt und dokumentiert werden.“</p>

Gynäkologische Operation (15/1)

QS-Verfahren	Gynäkologische Operationen = 15/1 = Modul Gynäkologische Operationen im QS-Verfahren 10 (QS GYN-OP)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine relevante Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Keine relevante Änderung
Ausfüllhinweise	<p>Der Ausfüllhinweises zum Datenfeld „intraoperative Komplikationen“ wurde geändert (Ergänzungen in rot):</p> <p>„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</p> <p>„Nein“ ist anzugeben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die intraoperative Komplikation nicht durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde. 2. der in diesem Operationsbogen zu dokumentierende (QS-pflichtige) Eingriff ausschließlich zur Behebung einer Komplikation indiziert war (z.B. im Falle einer durch eine Abrasio verursachte Perforation des Uterus und einer anschließenden Versorgung der Läsion durch einen laparoskopischen oder offen chirurgischen Eingriff, ist die intraoperative Komplikation zu verneinen) und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist. <p>Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Patientin intraoperativ zu klinischem Schaden kommt, der intraoperativ oder postoperativ nach Stunden bzw. wenigen Tagen erkannt bzw. symptomatisch wird und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ alle Verletzungen, die noch während der QS-pflichtigen Operation auftreten oder einen Re-Eingriff (bzw. Re-Operation oder Re-Intervention) zur Komplikationsbehandlung notwendig machen ○ alle Verletzungen, die eine Wiederaufnahme zur Re-Operation oder Verlegung (Komplikationsbehandlung) begründen <p>NICHT anzugeben als intraoperative Komplikationen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen • im weiteren Verlauf (Wochen/Monaten) vorgenommene Operationen, deren Indikation zwar kausal mit der QS-pflichtigen Operation zusammenhängt, deren Symptome sich aber erst im weiteren Verlauf zeigen (z.B. Trokarhernien, Narbenkeloid, Wundinfektion)

Dekubitusprophylaxe (DEK)

QS-Verfahren	Dekubitusprophylaxe = DEK = Modul Dekubitusprophylaxe im QS-Verfahren 11 (QS DEK)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung. Ein Minimaldatensatz ist weiterhin möglich bei: Reanimation des Patienten oder Tod bei Aufnahme Zweite Aufnahme z.B. zur Rückverlegung eines Anus praeter
Dokumentation/Erfassung	Risikostatistik <ul style="list-style-type: none"> • Überlieger aus dem Vorjahr werden wieder berücksichtigt. • Das Feld IKNRKH wird nicht mehr der Risikostatistik zugeordnet und besteht somit nur noch als Parameter für die Risikobasis. • DIMDI-Anpassungen an den Codes sind lediglich hinsichtlich der Kodetitel von Bedeutung („Grad“ wird ersetzt durch „Stadium“). • An der Access-Datenbank zur Risikostatistik werden keine Änderungen vorgenommen. QS-Dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> • Die Feldlänge für das Datenfeld „Dauer der Beatmung“ wird auf 5 Stellen erhöht. • Die Feldlänge für das Datenfeld „Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus“ wird auf 8 Stellen erhöht.
Ausfüllhinweise	Das Feld „Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus“ wird an die neuen Titel der ICD-Kodes L89 angepasst („Grad“ wird ersetzt durch „Stadium“).

Kardiologie

Herzschrittmacherimplantation (09/1)

QS-Verfahren	Herzschrittmacherimplantation = (09/1) = Modul Herzschrittmacherimplantation im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Folgende Felder werden neu eingeführt: - Sonde am HIS-Bündel implantiert (Feld 43)
Ausfüllhinweise	<p>Ergänzungen im Feld 19: Führende Indikation HSM-Implantation Ist die führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ein AV-Block nach einer geplanten oder durchgeführten Ablation des AV-Knotens bzw. des HIS-Bündels, ist hier AV-Block als führende Indikation zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn der Schrittmacher noch vor der Ablation implantiert wird.</p> <p>Ein AV-Block I. Grades als führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ist eine rein hämodynamische Indikation zur Stimulation bei langer PQ-Zeit und Symptomen, die einem Schrittmachersyndrom ähneln (wie Symptome einer Vorhoffropfung).</p> <p>Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ ist nicht unter "Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern" sondern unter "Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren.</p> <p>„Kardiale Resynchronisationstherapie“ ist anzugeben bei Patientinnen und Patienten mit CRT-P-Implantation,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die keine Bradykardie und somit keine konventionelle Schrittmacherindikation aufweisen • oder bei denen ein Upgrade von einem konventionellen Schrittmachersystem auf ein CRT-P-System durchgeführt wird. <p>Handelt es sich um eine De-novo-Implantation des CRT-P-Systems bei vorhandener bradykarder Rhythmusstörung ist die zugrundeliegende Rhythmusstörung bzw. Erkrankung (= primäre Schrittmacherindikation) anzugeben.</p>

	<p>Zu den Schlüsseln "Zustand nach herzchirurgischem Eingriff" und "Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)": Hierbei sind auch Operationen zu berücksichtigen, die unmittelbar vor der Schrittmacher-Implantation stattfanden (ggf. während desselben stationären Aufenthalts).</p> <p>Ergänzungen im Feld 52/53 :Sonden- bzw. Systemdislokation /-dysfunktion im Ventrikel Dislokation/Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.</p>
--	---

Herzschrittmacheraggregatwechsel (09/2)

QS-Verfahren	Herzschrittmacheraggregatwechsel = (09/2) = Modul Herzschrittmacheraggregatwechsel im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Keine Änderung
Ausfüllhinweise	Ergänzungen in den Feldern 22.1 und 22.2 sowie 23.1. und 23.2 Angaben zu Reizschwellen und R-Amplituden der HIS-Bündel-Sonde werden bei der Erfassung der Angaben zur rechtsventrikulären Sonde erfasst.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)

QS-Verfahren	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation = (09/3) = Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Folgende Felder werden neu eingeführt: - Sonde am HIS-Bündel implantiert (Feld 24)
Ausfüllhinweise	Ergänzungen in den Feldern 29, 30.1 und 30.2 sowie 31.1. und 31.2 Angaben zu Art des Vorgehens, zu Reizschwellen und zur R-Amplituden betreffend der HIS-Bündel-Sonde werden bei der Erfassung der Angaben zur rechtsventrikulären Sonde miterfasst. Ergänzungen im Feld 36/37 :Sonden- bzw. Systemdislokation /-dysfunktion im Ventrikel Dislokation/Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/4, 09/5, 09/6)

QS-Verfahren	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation = (09/4, 09/5, 09/6) = Module im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Keine Änderung
Ausfüllhinweise	Keine wesentlichen Änderungen

Geburtshilfe (16/1)

QS-Verfahren	Geburtshilfe = 16/1 = Modul Geburtshilfe im QS-Verfahren 13 (Perinatalmedizin, QS PM)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Die Spezifikation wurde der Änderung des Personenstandsgesetzes von 2018 (Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung vom 24.10.2018; BGBl. I S. 1768) angepasst. Aufgrund der Änderung des Personenstandsgesetzes gelten auch ohne Lebenszeichen geborene Kinder, deren Geburtsgewicht unter 500 g liegt, die aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht haben, als Totgeburten. Zuvor galten ohne Lebenszeichen geborene Kinder, deren Geburtsgewicht unter 500 g liegt, unabhängig von der Tragzeit als Fehlgeburten. Somit ist ab einer Tragzeit von 24 SSW unabhängig vom Gewicht für einen totgeborenen Einling ab dem Erfassungsjahr 2021 ein geburtshilflicher QS-Bogen anzulegen, da er nun auch in der Qualitätssicherung als Totgeburt zu dokumentieren ist (und nicht mehr als Fehlgeburt mit einem Minimaldatensatz).
Dokumentationsbogen	Folgende Felder werden neu eingeführt: <ul style="list-style-type: none"> • „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ • „Datum“ und „Uhrzeit“ der Ankunft des Pädiaters (zu dokumentieren bei Eintreffen des Pädiaters nach Kindsgeburt) • „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ <p>Laut IQTIG kann das Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ - z. B. bei Verlegung direkt nach der Geburt aus dem Kreißsaal in die Neonatologie - leer gelassen werden. Geplant sei, den Ausfüllhinweis ab der Spezifikation 2023 entsprechend zu ergänzen.</p> <p>Das Feld „Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen“ wurde umbenannt in „Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode“.</p>
Ausfüllhinweise	Der Ausfüllhinweis zum umbenannten Feld „Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode“ wurde angepasst. Die aktive Eröffnungsperiode beginnt entsprechend (inter-)national geltender Leitlinien bei ca. 4 cm Muttermundseröffnung.

Neonatologie (NEO)

QS-Verfahren	Neonatologie = NEO = Modul Neonatologie im QS-Verfahren 13 (Perinatalmedizin, QS PM)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderungen
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderungen
Dokumentationsbogen	<p>Es erfolgt eine zusätzliche Abfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Versorgungsstufe und • des Vorliegens von fokalen oder singulären intestinalen Perforationen sowie deren Status bei Aufnahme. <p>Anstatt von Fehlbildungen werden angeborene Erkrankungen abgefragt. Dabei werden „keine“ und „leichte“ sowie „schwere“ und „letale“ jeweils in einem Schlüssel zusammengefasst.</p> <p>Es wird nur noch nach einer Sepsis und deren Beginn, nicht mehr nach einem SIRS gefragt.</p> <p>Bei der Frage nach der „Aufnahme ins Krankenhaus von“ wird nun unterschieden zwischen der eigenen Geburtsklinik am gleichen und der an einem anderen Standort.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Für die Felder 5.1, 5.2, 7.1 und 7.2 wurde ergänzt, dass bei Nicht-GKV-Versicherten sowohl das Befüllen der beiden Felder "Vorname der Mutter liegt nicht vor" und "Nachname der Mutter liegt nicht vor" als auch das Befüllen der Namensfelder zulässig ist.</p> <p>Die Felder 22 und 23 betreffend wird nun darauf hingewiesen, dass die Angaben zu Uhrzeit der Geburt und Geburtsgewicht möglichst genau eingetragen und nicht gerundet werden sollen.</p> <p>Hinsichtlich der Felder 36 und 37.1 wird präzisiert, dass als Gewicht und Kopfumfang bei Aufnahme die Werte einzutragen sind, mit denen der Fall ausgelöst hat (Anmerkung QiG: d.h. bei Aufnahme im Krankenhaus).</p> <p>Für die neue Abfrage angeborener Erkrankungen in Feld 39 wurde eine neue ICD-sortierte Liste schwerer und letaler angeborener Erkrankungen erstellt.</p> <p>Für Feld 47 wird klargestellt, dass das Datum der ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten Augenhintergrunduntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings einzutragen ist.</p>

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung = 17/1 = Modul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung im QS-Verfahren 14 (Hüftgelenkversorgung, QS HGV)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Keine Änderung</p>
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p><i>Weiterhin unverändert:</i> Knochenfrakturen, die beim Einsetzen einer Gelenkprothese auftreten und während der Endoprothesenoperation osteosynthetisch versorgt werden, können den Bogen auslösen, ohne dass dieser abgeschlossen werden kann. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p>Feld 11 wurde konkretisierend ergänzt: Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?</p> <p>Feld 20 wurde konkretisierend ergänzt: Gehstrecke (bei vor Aufnahme oder bzw. vor der Fraktur) ... auch, um klar zu stellen, das die Versorgungssituation vor dem Frakturereignis von Relevanz ist Schlüsselanpassung: 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehen am Stück bis 50m werden erreicht) möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil</p> <p>Feld 21 wurde konkretisierend ergänzt: verwendete Gehhilfen (bei vor Aufnahme oder bzw. vor der Fraktur)</p> <p>Feld 22 wurde neu eingeführt: Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</p> <p>Feld 24 wurde neu eingeführt: Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt?</p> <p>Felder 31.ff (spezifischen Komplikationen) wurden einige Zusätze gestrichen: OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion reoperationspflichtige Wunddehiszenz reoperationspflichtige sekundäre Nekrose</p>

	<p>Feld 38.9 wurde neu eingeführt: Delir, akute delirante Symptomatik</p> <p>Feld 39 (falls 38.9 = JA): Demenz</p> <p>Feld 44 wurde neu eingeführt: Treppensteigen bei Entlassung</p> <p>Feld 49 wurde neu eingeführt: Versorgung bei Polytrauma (Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.)</p>
Ausfüllhinweise	<p>Zu Feld 20 (Gehstrecke vor Aufnahme) wurde ergänzt: Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</p> <p>Zu neuem Feld 22 (Treppensteigen vor Aufnahme): Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</p> <p>Zu Feld 23 (Pflegergrad bei Aufnahme) wurde ergänzt: Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus. Es ist der Pflegetrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.</p> <p>Zu neuem Feld 24 (Pflegetrad beantragt): Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Kode nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b „Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegetrad.“</p> <p>Zu Feld 25 (ASA-Klassifikation): ENTFERNUNG des bisherigen Hinweises, dass die ASA-Einstufung der</p>

Anästhesiedokumentation zu übernehmen ist.

Zu Feld 32 (spezifische behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

Zu Feld 33.7 (Wunddehiszenz):

Gemeint ist hier das **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige** Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 33.8 (Wundrandnekrose):

Gemeint ist hier die **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige**, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 33.9 (Sonstige):

~~z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.~~

Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.

Zu Feld 37 (allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

Zu Feld 38.10 (Sonstige allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde ergänzt:

Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden,

z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind.

Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:

- Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten)
- hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten)
- mehrfacher venöser Zugang

Zu Feld 42 (Gehstrecke bei Entlassung) wurde ergänzt:

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat.

Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um -

üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.

Zu neuem Feld 44 (Treppensteigen):

Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.

1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe

Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.

2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.

3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.

Fallstricke:

- Achten Sie besonders darauf, dass die Angaben zur Mobilität vor Frakturereignis aber auch bei Entlassung valide angegeben werden.
- Als spezifische Komplikationen sind Nachblutungen, Wundhämatome und Gefäßläsionen auch ohne notwendige Intervention anzugeben, da in der Regel therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich werden.
- Bei katheterassoziierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden.
- Sturzrisiko-Assessment und multimodale, individuelle Prophylaxe-Maßnahmen sollten auch in der Patientenakte nachvollziehbar dokumentiert sein.

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

QS-Verfahren	Hüftendoprothesenversorgung = HEP = Modul HEP im QS-Verfahren 14 (QS HGV, Hüftgelenkversorgung)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Die Dokumentationsverpflichtung für den unspezifischen Prozeduren-Code 5-821.x (=Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige) entfällt.
Kriterien Minimaldatensatz	<i>Weiterhin unverändert:</i> Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren.
Dokumentationsbogen	<p>Feld 16 wurde konkretisierend ergänzt: Gehstrecke (bei vor Aufnahme oder bzw. vor der Fraktur) ... auch, um klar zu stellen, das die Versorgungssituation vor dem Frakturereignis von Relevanz ist Schlüssel Anpassung: 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehen am Stück bis 50m werden erreicht) möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil</p> <p>Feld 17 wurde konkretisierend ergänzt: verwendete Gehhilfen (bei vor Aufnahme oder bzw. vor der Fraktur)</p> <p>Feld 18 wurde neu eingeführt: Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</p> <p>Feld 20 wurde neu eingeführt: Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt?</p> <p>Feld 24 wurde in den Prozedur-Teil (ursprünglich Teildatensatz Femurfraktur): <i>falls kein Wechsel-OPS auffindbar ▶ Koxarthrose?</i></p> <p>Feld 33 wurde konkretisierend ergänzt: Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?</p> <p>Feld 42 wurde konkretisierend ergänzt: Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder Hüftgelenknah durchgeführt?</p> <p>Feld 43 mit redaktioneller Streichung:</p>

	<p>Erstimplantation Endoprothese: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor</p> <p>Feld 44 wurde neu eingeführt: Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor</p> <p>Feld 69.13 wurde bei den präoperativen Befunden vor der Explantation bei Wechseleingriffen ergänzt: andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde</p> <p>Felder 71.ff (spezifischen Komplikationen) wurden einige Zusätze gestrichen: OP oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom OP oder interventionsbedürftige Gefäßläsion reoperationspflichtige Wunddehiszenz reoperationspflichtige sekundäre Nekrose</p> <p>Feld 86 wurde neu eingeführt: Treppensteigen bei Entlassung</p> <p>Feld 91 wurde neu eingeführt: Versorgung bei Polytrauma (Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.)</p>
Ausfüllhinweise	<p>Zu Feld 16 (Gehstrecke vor Aufnahme) wurde ergänzt: Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</p> <p>Zu neuem Feld 18 (Treppensteigen vor Aufnahme): Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</p> <p>Zu Feld 19 (Pflegegrad bei Aufnahme) wurde ergänzt: Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus. Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.</p>

Zu neuem Feld 20 (Pflegegrad beantragt):
Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden.
"Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Code nach OPS-DIMDI vorliegt:
9-984.b „Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad.“

Zu Feld 25 (ASA-Klassifikation):
ENTFERNUNG des bisherigen Hinweises, dass die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen ist.

Zu Feld 27 (Art des Eingriffs) wurde ergänzt:

...

„elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“:

Im Teildatensatz „elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out, Pseudarthrose, **posttraumatische Hüftkopfnekrosen** oder einer verzögerten Frakturheilung nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.

...

Zu neuem Feld 44 (Posttraumatische Hüftkopfnekrose):
Gemeint sind hier die Knochennekrosen am Hüftgelenk nach vorangegangenem Trauma im Becken oder Oberschenkelbereich.

Zu Feld 70 (spezifische behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

Zu den Feldern 71.4 und 71.5 wurden die Ausfüllhinweise gestrichen:

~~Behandlungsbedürftige Wundhämatome oder Nachblutungen sind immer dann gegeben, wenn diese im direkten Zusammenhang mit dem Primäreingriff stehen und eine Intervention (Punktion, Hämatomausräumung oder Blutstillung) erforderlich werden lassen. Zu den Interventionen zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten. Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Im Bereich des Beckens in der Regel A. iliaca externa, im Bereich des Femurs A. femoralis bzw. A. profunda femoris. Die Gabe von Blutkonserven ist nicht ausreichend, die Kriterien hier zu erfüllen.~~

Zu Feld 71.7 (periproth. Fraktur) wurde ergänzt:

Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch **beispielsweise** Frakturen, die infolge eines Sturzes **oder die nach Einsetzen eines orthopädischen**

Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (entsprechend DIMDI ICD 10 M96.6) entstanden sind.

Zu Feld 71.8 (Wunddehiszenz):

Gemeint ist hier das **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige** Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 71.9 (Wundrandnekrose):

Gemeint ist hier die **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige**, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 71.10 (Sonstige) wurde neu formuliert:

Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.

Zu Feld 75 (allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

Zu Feld 76.10 (Sonstige allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde ergänzt:

Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden,

z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind.

Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:

- Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten)
- hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten)
- mehrfacher venöser Zugang

Zu Feld 84 (Gehstrecke bei Entlassung) wurde ergänzt:

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat.

Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.

Zu neuem Feld 86 (Treppensteigen bei Entlassung):

Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.

	<p>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</p> <p>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</p> <p>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</p>
--	--

Fallstricke:

- Fallauslösung: Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ sollen Wechsel beweglicher Teile (Inlay; bei HEP noch Aufsteckkopf) NICHT dokumentiert werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn keine Auslösung durch den QS-Filter erfolgt. Um dies sicher zu stellen, muss einer der OPS-Codes (5-821.18 = Wechsel des Aufsteckkopfes ODER 5-821.2a = Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel ODER 5-5-821.2b = Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes) für die Fallkodierung verwendet werden. Andere Kodierungen (meist der Kategorie „Sonstige“) lösen zu dokumentierende Fälle aus, die dann auch in die Berechnung des Follow-UP-Indikators zur Standzeit der Endoprothese unbeabsichtigterweise einfließen.
- Achten Sie besonders darauf, dass die Angaben zur Mobilität vor Frakturereignis/Aufnahme aber auch bei Entlassung valide angegeben werden.
- Als spezifische Komplikationen sind Nachblutungen, Wundhämatome und Gefäßläsionen auch ohne notwendige Intervention anzugeben, da in der Regel therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich werden.
- Bei katheterassoziierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden.

Knieendoprothesenversorgung (KEP)

QS-Verfahren	Knieendoprothesenversorgung = KEP = Modul Knieendoprothesenversorgung im QS-Verfahren 15 (QS KEP, Knieendoprothesenversorgung)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	<p><i>Weiterhin unverändert:</i> Die Erstimplantation einer Knieendoprothese (Voll- oder Teilersatz) aufgrund einer kniegelenksnahen Fraktur (z.B. Fraktur des proximalen Endes der Tibia oder distale Fraktur des Femurs als akut eingetretenes traumatisches Ereignis) ist im Minimaldatensatz zu dokumentieren.</p>
Dokumentationsbogen	<p>Feld 16 wurde konkretisierend ergänzt: verwendete Gehhilfen</p> <p>Feld 17 wurde neu eingeführt: Treppensteigen</p> <p>Felder 21 und 22 redaktionelle Streichungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liegt eine Gonarthrose vor? • Liegen Fehlstellungen des Knies vor? <p>Feld 30 wurde konkretisierend ergänzt: Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?</p> <p>Feld 45.16 wurde bei den präoperativen Befunden vor der Explantation bei Wechseleingriffen ergänzt: andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde</p> <p>Felder 47.ff (spezifischen Komplikationen) wurden einige Zusätze gestrichen: OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion reoperationspflichtige Wunddehiszenz reoperationspflichtige sekundäre Nekrose</p> <p>Feld 59 wurde neu eingeführt: Treppensteigen bei Entlassung</p> <p>Feld 64 wurde neu eingeführt: Versorgung bei Polytrauma (Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.)</p>

<p>Ausfüllhinweise</p>	<p>Zu Feld 15 (Gehstrecke) wurde ergänzt: Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</p> <p>Zu neuem Feld 17 (Treppensteigen <bei Aufnahme>): Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</p> <p>Zu Feld 21 (Gonarthrose) wurde ergänzt: Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes z.B. ICD 10 M17.-) festgestellt wurde. Die primäre Gonarthrose (unklare Ursache) wird von einer sekundären Gonarthrose z. B. bei Achsfehlstellungen, nach Traumen (intraartikuläre Frakturen, Bandverletzungen, Meniskusschäden, Knorpelkontusionen), nach Entzündungen, nach aseptischen Knochennekrosen, bei metabolischen oder endokrinen Erkrankungen oder Hämophilie unterschieden. (G. Weseloh, B. Swoboda; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.)</p> <p>Zu Feld 23 (ASA-Klassifikation): ENTFERNUNG des bisherigen Hinweises, dass die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen ist.</p> <p>Zu Feld 37 (übrige Gelenkkompartimente) wurde ergänzt: Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt (einschließlich femoropatellarer Schaden). Gemeint sind die Kompartimente des Gelenkes, in welchem die unikondyläre Schlittenprothese implantiert wird. Die Intaktheit eines Gelenkkompartiments ist dann gegeben, wenn sich als Ergebnis entsprechender diagnostischer Maßnahmen (z.B. Röntgendiagnostik, intraoperative Befundvalidierung) der Gelenkspalt der nicht betroffenen Kompartimente regelhaft darstellt.</p>
------------------------	---

Zu Feld 46 (spezifische behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

Zu den Feldern 47.5 und 47.6 wurden die Ausfüllhinweise gestrichen:

- ~~• Behandlungsbedürftige Wundhämatome oder Nachblutungen sind immer dann gegeben, wenn diese im direkten Zusammenhang mit dem Primäreingriff stehen und eine Intervention (Punktion, Hämatomausräumung oder Blutstillung) erforderlich werden lassen. Zu den Interventionen zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten.~~
- ~~• Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Zu den Interventionen zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten.~~

Zu Feld 47.8 (periproth. Fraktur) wurde ergänzt:

Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind, **oder eine Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte.**

Zu Feld 47.9 (Wunddehiszenz):

Gemeint ist hier das **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige** Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 47.10 (Wundrandnekrose):

Gemeint ist hier die **behandlungsbedürftige reoperationspflichtige**, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

Zu Feld 47.14 (Sonstige) wurde neu formuliert:

Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.

Zu Feld 51 (allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde neu formuliert:

Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.

	<p>Zu Feld 52.9 (Sonstige allgemeine behandlungsbed. Komplikationen) wurde ergänzt:</p> <p>Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang <p>Zu Feld 57 (Gehstrecke bei Entlassung) wurde ergänzt: Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat.</p> <p>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</p> <p>Zu neuem Feld 59 (Treppensteigen bei Entlassung): Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</p> <p>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</p> <p>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</p> <p>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</p>
--	--

Fallstricke:

- Fallauslösung: Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ sollen Wechsel beweglicher Teile (Inlay; bei HEP noch Aufsteckkopf) NICHT dokumentiert werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn keine Auslösung durch den QS-Filter erfolgt. Um dies sicher zu stellen, muss einer der OPS-Codes (5-823.19 = Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Inlaywechsel ODER 5-823.27 = Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel ODER 5-823.b0 = Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel ODER 5-823.f0 = Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Nur Inlaywechsel) für die Fallkodierung verwendet werden. Andere Kodierungen (meist der Kategorie „Sonstige“) lösen zu dokumentierende Fälle aus, die dann auch in die Berechnung des Follow-UP-Indikators zur Standzeit der Endoprothese unbeabsichtigterweise einfließen.

- Achten Sie besonders darauf, dass die Angaben zur Mobilität vor Frakturereignis/Aufnahme aber auch bei Entlassung valide angegeben werden.
- Als spezifische Komplikationen sind Nachblutungen, Wundhämatome und Gefäßläsionen auch ohne notwendige Intervention anzugeben, da in der Regel therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich werden.
- Bei katheterassoziierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden.

MultiResistente Erreger (QS MRE)

QS-Verfahren	MultiResistente Erreger = QS MRE
Erfassung	<p>Bereits ab dem 2. Halbjahr 2020 wurde das Verfahren QS MRE um die Erfassung von Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) erweitert. Der erweiterte Datensatz im Landesverfahren QS MRE muss erstmals für das Verfahrenshalbjahr 2020/2 mit Abgabefrist 28.02.2021 übermittelt werden. Die Empfehlung zur Verfahrenserweiterung wurde von der Arbeitsgruppe vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der KRINKO-Empfehlung „Hygienemaßnahmen zur Prävention der Infektion durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen“ ausgesprochen.</p> <p>Der erweiterte Datensatz im Landesverfahren QS MRE muss erstmals für das Verfahrenshalbjahr 2020/2 mit Abgabefrist 28.02.2021 übermittelt werden. Anders als bei den MRSA und MRGN fokussiert sich die Prävention bei VRE auf Vermeidung von Infektionen und nicht auf die Kolonisation. Der Focus im erweiterten Landesverfahren soll im Gegensatz zu den bisher erfassten Erregern MRSA und 4MRGN für VRE nicht auf dem Screening und Erkennen von Trägern liegen, sondern auf der Reduktion von Infektionen mit VRE. In der Erfassung werden ausschließlich positive Blutkulturen auf VRE berücksichtigt, da nur bei einer positiven Blutkultur unumstritten von einer Infektion mit VRE ausgegangen werden kann. Glücklicherweise sind VRE-Infektionen mit positiver Blutkultur bisher noch relativ selten. Es ist jedoch bereits eine Zunahme zu beobachten.</p> <p>Andere VRE-Nachweise (aus z.B. Urin, Abstrichen etc.) müssen im Landesverfahren nicht erfasst werden, da für diese die Differenzierung zwischen Kolonisation und Infektion nicht immer einfach ist.</p> <p>Alle Einrichtungen mit invasiven Leistungen sind verpflichtet, im Rahmen der Datenerfassung die Anzahl der Patienten mit VRE-positiven Blutkulturen und die Zahl der Patienten mit nosokomialen VRE-positiven Blutkulturen pro Berichtszeitraum zu erfassen. Da das Risiko für VRE-Infektionen für unterschiedliche Patientengruppen sehr unterschiedlich ist, soll mit erfasst werden, in welchen Fachbereichen die Patienten mit nosokomialen VRE-positiven Blutkulturen behandelt wurden. Eine Infektion bzw. ein Blutkultur-Nachweis von VRE ist als nosokomial zu bewerten, wenn diese erstmals später als 48 Stunden nach Aufnahme erfolgt ist. Die Erfassungspflicht für VRE entfällt, wenn in einer Einrichtung keine operativen oder invasiven Leistungen im Sinne der Ausfüllhinweise erbracht werden.</p>

Universelles Neugeborenen Hörscreening (QS UNHS BW)

QS-Verfahren	Universelles Neugeborenen HörScreening = QS UNHS BW
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Ausschluss von Geburten ohne ein lebendgeborenes Kind.
Kriterien Minimaldatensatz	Wie bisher keine Möglichkeit, einen MDS anzulegen.
Dokumentationsbogen	Folgende Felder werden umbenannt: -Feld 9: „Vorname der Mutter“ in „Vorname der Mutter / des Sorgeberechtigten“ -Feld 10: „Name der Mutter“ in „Name der Mutter / des Sorgeberechtigten“ -Feld 27: „Tag der Messung“ in „Tag der Messung (falls nicht bekannt Geburtsdatum des Kindes)“
Ausfüllhinweise	Es wurden lediglich Korrekturen durchgeführt.

Schlaganfall (80/1)

QS-Verfahren	Landesverfahren Schlaganfall = 80/1
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Rankin Scale bei Aufnahme wird nicht mehr abgefragt. • Für die Angabe, ob es sich um einen Inhouse-Stroke handelt, wird ein Extra-Feld (17) eingeführt. Wird das Vorliegen eines Inhouse-Stroke bejaht und sind Datum und Uhrzeit nicht bekannt, soll fortan bei den Schätzwerten das Intervall von Symptomerkenung bis –wahrnehmung angegeben werden. • In Feld 24 wird spezifiziert, dass nur Extremitätenparesen anzugeben sind. Faciale Paresen sind für dieses Feld nicht relevant. • In Feld 33 fällt bei dem Verlegungsgrund „akute Thrombektomie“ der Zusatz „intrakraniell“ weg, so dass dieser Verlegungsgrund nun angegeben werden kann, ungeachtet dessen, ob die Stenose intra- oder extrakraniell liegt. Der Verlegungsgrund „Revaskularisation der ACI“ erhält die Präzisierung „sekundärpräventive“. • In den Feldern 39 und 43 können nun vor Aufnahme durchgeführte i.v.-Lysen oder Gefäßdarstellungen auch dann korrekt angegeben werden, wenn diese nicht extern sondern in einem ersten ambulanten / vorstationären Aufenthalt erfolgt sind, da der Zusatz „extern“ entfällt. • In Feld 51 wird unterschieden, ob die Thrombektomie im eigenen Haus durch das eigene Personal oder nach dem Prinzip „drive the doctor“ durch von extern angereiste Interventionalisten erfolgt. • Ob als Komplikation eine Hirnarterienembolie aufgetreten ist, wird nur noch für die Patienten abgefragt, die eine Thrombektomie erhalten haben. • Entsprechend ist das Eintreten von Komplikationen für andere Patienten nur noch dann anzugeben, wenn es sich um nosokomiale Pneumonien oder sekundäre intracerebrale Blutungen handelt. • Bei der Abfrage des Zeitpunkts von Therapiebeginn nach Aufnahme wird deutlich gemacht, dass für schnell verletzte und wieder rückübernommene Patienten ab dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme zu rechnen ist. • Für das Feld 76 (Entlassungsgrund) werden die erlaubten Schlüsselwerte um 18, 28 u. 29 erweitert.

Ausfüllhinweise	<p>Hinsichtlich der palliativen Zielsetzung bei Aufnahme wird präzisiert, dass sich die Frage auf die administrative Aufnahme bezieht, d.h. dass für Fälle, bei denen erst nach Aufnahme (z. B. nach Bildgebung) ein palliatives Vorgehen aufgrund einer infausten Schlaganfallprognose beschlossen wird, bei dieser Frage „nein“ angegeben werden muss.</p> <p>Inhouse-Strokes: s. Änderungen am Dokumentationsbogen</p> <p>Für die Auswahl des Verlegungsgrundes wird konkretisiert, dass die Liste von oben nach unten durchgegangen und die erste zutreffende Option gewählt werden soll.</p> <p>Bezüglich i.v.-Lyse und Thrombektomie wird dargelegt, dass auch im Fall einer Wiederaufnahme nach zuvor nur ambulanter / vorstationärer Behandlung „vor Aufnahme erfolgt“ ausgewählt werden soll.</p> <p>Für die Funktionstherapien wird spezifiziert, dass im Fall einer zwischenzeitlichen Verlegung mit Wiederaufnahme erst nach mehreren Tagen das Wiederaufnahmedatum als Aufnahmedatum betrachtet wird.</p>
-----------------	--