

Relevante Änderungen Spezifikation zum Verfahrensjahr 2023

Karotis-Revaskularisation (10/2)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Karotis-Revaskularisation</p> <p>=10/2</p> <p>= Modul Karotis-Revaskularisation im QS-Verfahren 7 (QS Karotis)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis:</p> <p>Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module über das administrative Kriterium ausgeschlossen.</p>
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p>Keine Änderungen im Vergleich zum Vorjahr</p> <p>„Ein Ziel der Qualitätssicherung ist die angemessene Indikationsstellung und eine hohe Qualität der operativen oder interventionellen Behandlung von Stenosen der Arteria carotis. Neben der Stenose, mit oder ohne akuten Schlaganfall, gibt es andere Indikationsstellungen, die hier nicht betrachtet werden sollen (z.B. ein tumorbedingter Einbruch in die Arteria carotis). In diesen Fällen können manche Datenfelder nicht sinnvoll ausgefüllt werden. Sollten solche Indikationen über den QS-Filter zur Auslösung der Dokumentationspflicht führen, wird empfohlen, nur einen MDS anzulegen.“</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p><u>Neue Datenfelder und Plausibilisierung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“: Dieses Datenfeld nur befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. • „Kreatininwert i.S. unbekannt“, welches dokumentiert werden kann, wenn keine präprozedurale Nierenersatztherapie und kein Kreatininwert vorliegt. • „Form der Anästhesie“ • „Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?“, welche dokumentiert werden muss, wenn als Art des Eingriffs „PTA/Stent“, „Umstieg PTA/Stent auf offene Operation“ oder „PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur“ angegeben wird.

- „NOAK/DOAK“ und „Vitamin-K-Antagonisten“, wovon eines mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation erfolgte.
- „Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?“, welches als Filterfeld für die neuen abhängigen Datenfelder „SEP“, „MEP“, „EEG“, „Oxymetrie“, „Wachmonitoring“ und „sonstige“ verwendet wird. Wenn im Filterfeld angegeben wird, dass ein Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt wurde, muss mindestens eines der abhängigen Datenfelder mit „1 = ja“ dokumentiert werden.
- Es werden zwei neue Datenfelder „Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung“ und „keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt“ aufgenommen, wovon eines dokumentiert werden muss. Das Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung wird nicht für den Export freigegeben. Es werden Plausibilitätsregeln aufgenommen, die sicherstellen, dass das Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung nicht nach dem Entlassungsdatum und bei Ersteingriffen nicht vor dem Datum des Eingriffs liegt.
- „TIA“, „Hyperperfusionssyndrom“, „Hirnnervenausfälle“, „ischämischer Schlaganfall“, „symptomatische intrakranielle Blutung“ und „sonstige“, wovon mindestens ein Datenfeld mit „1 = ja“ dokumentiert werden muss, wenn im Datenfeld „neu aufgetretenes zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis“ „1 = ja“ dokumentiert wird.
- „lokale Komplikationen“, welches als Filterfeld für die neuen abhängigen Datenfelder „OP-pflichtige Nachblutung“, „Nervenläsion als Folge des Eingriffs“, „Karotisverschluss“, „behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle“, „Wundinfektionen“ und „sonstige“ verwendet wird. Wenn im Filterfeld angegeben wird, dass lokale Komplikationen aufgetreten sind, muss mindestens eines der abhängigen Datenfelder mit „1 = ja“ dokumentiert werden.

Umbenennung von Datenfeldern und geänderte Plausibilisierung:

- „präoperative Nierenersatztherapie“ wird in „präprozedurale Nierenersatztherapie“ umbenannt.
- Für die Datenfelder „Kreatininwert i.S. in mg/dl“ und „Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ “ wird die ergänzende Bezeichnung in „präprozedural (letzter Wert vor der Prozedur)“ geändert.
- Das Wort „ischämischer“ wird aus den Schlüsselwerten von „Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)“ und „Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)“ entfernt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Für „Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)“ wird die ergänzende Bezeichnung entfernt. • „Eingriff ohne Narkose erfolgt“ wird in „ASA-Einstufung liegt nicht vor“ umbenannt. • „Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?“ wird in „Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?“ umbenannt. • „neu aufgetretenes neurologisches Defizit“ wird in „neu aufgetretenes zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis“ umbenannt. Die ergänzende Bezeichnung und die Schlüsselwerte werden angepasst. Die Plausibilisierung mit dem Datenfeld „Periprozeduraler Schlaganfall“ wird gelöscht. • „Schweregrad des neurologischen Defizits“ muss dokumentiert werden, wenn ein ischämischer Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung aufgetreten ist. Das Wort „ischämischer“ wird aus den Schlüsselwerten entfernt. <p><u>Löschen von Datenfeldern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?“ wird gelöscht.
Ausfüllhinweise	<p>Felder „Kreatininwert i.S. in mg/dl“ und „Kreatininwert i.S. in µmol/l“:</p> <p>Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der aktuellen Prozedur. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.</p> <p>Feld „Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung“</p> <p>Die fachneurologische Untersuchung ist von einem Facharzt für Neurologie durchzuführen. Sind mehrere postprozedurale fachneurologische Untersuchungen während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt worden, ist das Datum der letzten Untersuchung nach dem jeweiligen Eingriff zu dokumentieren. Es soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.</p>

Spezielle Hinweise:

- In den Datenfeldern zur Erhebung des Kreatininwertes kann gemäß Ausfüllhinweise auch auf zeitlich naheliegende Vorbefunde zurückgegriffen werden, sofern vor dem Eingriff kein Kreatininwert ermittelt wurde.
- Hinweis zum QI 161800: Der Indikator „Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit“ wird laut prospektiven Rechenregeln 2023 geändert in „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“. Das Qualitätsziel lautet: „Alle Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung. Relevant ist damit die Erhebung des Datums, an dem die postprozedurale Untersuchung durchgeführt wurde, im Sinne eines Nachweises/Belegs. Die postprozedurale fachneurologische Untersuchung stellt ein wichtiges Kriterium dar, um neurologische Komplikationen nach CEA bzw. CAS frühzeitig und valide zu erkennen. Für alle in das Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten soll die regelhafte Durchführung der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung erfolgen.“
- Um Fehldokumentationen zu vermeiden, insbesondere auf die korrekte Erfassung achten von
 - Stenosegrad (vor dem Eingriff an der Karotis).
 - Seitenangaben zum Stenosegrad.
 - ASA-Einstufung (als Risikofaktor kann dies sonst zu einem falsch hohen Risikoprofil führen.)