



**Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen
Baden-Württemberg**

**Information über Änderungen zum
Verfahrensjahr 2023**

Inhalt

Informationen über allgemeine Änderungen.....	3
QS-Verfahrensübergreifende Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2023	3
Informationen über Änderungen in den einzelnen QS-Verfahren.....	5
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI).....	5
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) (NWIF / fallbezogen).....	8
Cholezystektomie (QS CHE)	9
Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) (Modul Dialyse).....	12
Karotis-Revaskularisation (10/2)	15
Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)	19
Mammachirurgie (18/1, QS MC).....	22
Gynäkologische Operation (15/1, QS GYN-OP)	23
Dekubitusprophylaxe (DEK)	24
Kardiologie	27
Herzschrittmacherimplantation (09/1)	27
Herzschrittmacheraggregatwechsel (09/2).....	30
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3).....	32
Defibrillatorimplantation (09/4).....	34
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5).....	37
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) .	39
Geburtshilfe (16/1, QS PM-GEBH)	41
Neonatologie (NEO, QS PM-NEO).....	42
Orthopädie/Unfallchirurgie	44
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	44
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	46
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	50
MultiResistente Erreger (QS MRE)	53
Universelles Neugeborenen Hörscreening (QS UNHS BW)	54

Informationen über allgemeine Änderungen

QS-Verfahrensübergreifende Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2023

- Fristen für die Übermittlung der Daten für sämtliche QS-Verfahren
 - Die Endlieferung von Daten wurde wieder auf den 28.02.2024 verlegt.
 - Die Nachliefer- und Korrekturfrist gilt bis 15.03.2024
- Module NWIF und NWIEA bzw. NWIES
 - Bei Modul NWIF war die QS-Dokumentation in der Spezifikation 2021 ausgesetzt. Seit dem Erfassungsjahr 2022 besteht jedoch wieder die Dokumentationspflicht in diesem Modul. Damit besteht für das Erfassungsjahr 2023 für das komplette Verfahren QS WI Dokumentationspflicht (fallbezogen und einrichtungsbezogen).
- Patientenbefragung Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)
 - Seit dem 01.07.2022 sind Daten zur Patientenbefragung Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie PPCI zu übermitteln. Die Übermittlung soll monatlich erfolgen (vgl. auch Abgabefristen Verfahrensjahr 2023 unter <https://www.qigbw.de/termine/fristen>).
- QS-Filter
 - Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module ab dem Erfassungsjahr 2023 über das administrative Kriterium ausgeschlossen. Die Anpassung erfolgt analog in der Risikostatistik.
- Risikostatistik
 - Analog zur Anpassung des QS-Filters werden in der Risikostatistik Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ ab dem Erfassungsjahr 2023 über das administrative Kriterium ausgeschlossen.
- Minimaldatensatz
 - Das neue Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ wird im Minimaldatensatz nicht aufgenommen, da der Entlassungsgrund dort optional zu dokumentieren ist.
- QS-Dokumentation Feld Entlassungsgrund:
 - Aufgrund der Änderung der § 301-Vereinbarung SGB V werden die Schlüsselwerte „**28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen**“ und „**29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt**“ für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ entfernt und der Schlüssel „**30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege**“ für diese Module neu hinzugefügt
- Neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“
 - Für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Entlassungsgründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen und exportiert werden kann.

- Neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“
 - Für alle Module mit dem Datenfeld „Aufnahmegrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Aufnahmegründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch ab-geschlossen und exportiert werden kann.

- Eingliederung DIMDI ins BfArM
 - Im Rahmen der Eingliederung des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) in das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) ergeben sich folgende Anpassungen:
 - an der QS-Dokumentation. Für die externen Schlüssel ICD10, OPS301 und ICDO3MORPH wird auf die Webadresse <http://www.bfarm.de> verwiesen.
 - an dem QS-Filter. Für die externen Schlüssel ICD und OPS wird auf die Webadresse <http://www.bfarm.de> verwiesen.

- Es gilt nach wie vor folgendes:
 - 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 folgenden Module werden jeweils gemeinsam in einem Pseudonymisierungsverfahren zugeordnet:
 - 17/1 und HEP gemeinsam als Hüftgelenkversorgung, HGV
 - 09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5 und 09/6 gemeinsam als Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, HSMDEF
 - 16/1 u. NEO gemeinsam als PERI
 - PNTX u. DIAL_LKG gemeinsam als NET
 - LTX u. LLS gemeinsam als LLTX
 - Vorlagen zur Sollstatistik
 - Die Sollstatistik gilt für den entlassenden Standort. Bezeichnungen und Hinweistexte der Felder FAELLE_GEPRUEFT, FAELLE_NDOKPFLICHT, FAELLE_GEPRUEFT_VJ und FA-ELLE_GEPRUEFT_RS beziehen damit also auf die Anzahl der Fälle des Krankenhausstandortes.
 - zusätzlich zu dem Formular für die methodische Sollstatistik nach DeQS-RL gibt es ein weiteres Formular für die seit 2021 abzugebende Sollstatistik für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (Module NWIES, NWIEA).

Relevante Änderungen zu Fristen siehe unter „Abgabefristen Verfahrensjahr 2023 (DeQS-RL, plan. QI-RL, Landesverfahren BW)“: <https://www.qigbw.de/termine/fristen>

Informationen über Änderungen in den einzelnen QS-Verfahren

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 1 (Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, QS PCI)
Einschluss-/Ausschlusskriterien	Neuaufnahme von: 8-83d.9 Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie in die Einschlusskriterien, sonst keine Änderungen.
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderungen
Dokumentationsbogen	
Ausfüllhinweise	Basisdokumentation: Neu - einige Datenfelder können von der QS-Software vorgelegt werden (9=entlassender Standort; 10=behandelnder Standort bzw. verbringender Standort; 11=Fachabteilung; 13=Nebenbetriebsstättennummer) Prozedurbogen: Änderung: es wurde die Möglichkeit zur Vorgelegung durch die QS-Software gestrichen (Felder 22, 37 und 41 =Wievielte Prozedur /Koro/PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?) Konkretisierung: Feld 29: Herzinsuffizienz (nach NYHA)- Zum Zeitpunkt der Intervention (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung); das Krankheitsbild der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist nicht hierunter zu subsumieren.

Patientenbefragung PCI (QS PPCI)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 1: Patientenbefragung PPCI
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Neuaufnahme von: 8-83d.9 Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie in die Einschlusskriterien, sonst keine Änderungen.
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderungen
Dokumentationsbogen	Datenfeld 5: entlassender Standort: Neu In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Ausfüllhinweise	Basisbogen: Neu: - In folgenden Datenfeldern sollen die Informationen automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden (Titel, Vorsatzwort, Namenszusatz, Nachname, Vorname, Adresszusatz, Straße und Hausnummer, PLZ, Wohnort). - Die Datenfelder 19=behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS) und 21=Nebenbetriebsstättennummer dürfen durch die QS-Software vorbelegt werden. Prozedurbogen: Änderung: es wurde die Möglichkeit zur Vorbelegung durch die QS-Software gestrichen (Felder 25, 30 und 42 =Wievielte Prozedur /Koro/PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?)

Fallstricke:

Zur Aufarbeitung/Vermeidung von möglichen Auffälligkeiten im **QI56000: „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“** wird die Überprüfung der Dokumentation im Datenfeld 38: führende Indikation VOR diagnostischem Herzkatheter empfohlen:

- Bitte beachten Sie, dass die Angabe von V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK sowie Verdacht auf Progression der bekannten KHK im Datenfeld 38 "führende Indikation für diese Koronarangiographie" zum Einschluss des Falles in diesem Qualitätsindikator führt. Im Stellungnahmeverfahren zeigte sich, dass häufig auch Fälle mit akutem ACS, Vitien, vor LTX und Myokarderkrankung mit eingeschränkter Myokardfunktion (EF<40%) darunter waren, dies jedoch in der QS nicht dokumentiert wurde.
- Bitte überprüfen Sie daher die Dokumentation gemäß Ausfüllhinweisen in diesem Datenfeld kritisch.

Zur Aufarbeitung/Vermeidung von möglichen Auffälligkeiten im **QI56001: „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“** wird die Überprüfung der Dokumentation im Datenfeld 39: führende Indikation NACH diagnostischem Herzkatheter empfohlen:

- Im Indikator QI56001 werden im Zähler die Fälle als auffällige Vorgangsnummern aufgeführt, bei denen nach der isolierten Koronarangiographie als führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter „Ausschluss KHK“ angegeben wird.
- Erfahrungsgemäß sind unter den auffälligen Fällen oft auch Patienten mit Stenosen von <50%, Kardiomyopathien oder anderen führenden Diagnosen nach diagnostischem Herzkatheter, bei denen fälschlicherweise in der QS jedoch die Angabe „Ausschluss KHK“ als führende Diagnose nach Koronarangiographie übermittelt wird.
- Bitte beachten Sie die geltenden Ausfüllhinweise.

Hinweis zu den **Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (56005, 56006, 56007)** und zur verwendeten **Kontrastmittelmenge (56009, 56010, 56011)**:

- Die Fachkommission empfiehlt die Maßnahmen in ihrer Einrichtung zur Einhaltung des geltenden Strahlenschutzes zu überprüfen. Wesentlicher Teil der internen Prüfung sollten Bildrate, Blendtechnik, Alter der Anlage sowie der Abstand der Anlage sein. Weiter wird empfohlen, wenn vorhanden, die Abgabemenge der automatischen Kontrastmittelgabe kritisch zu hinterfragen. Die Durchführung einer Lävographie sollte nur bei angemessener Indikationsstellung erfolgen.

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) (NWIF / fallbezogen)

QS-Verfahren	NWIF (fallbezogen) im Verfahren 2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Die neuen Einschlussprozeduren aus dem QS-Filter werden als dokumentationspflichtige OPS-Kodes für das Datenfeld „auslösende OPS-Kodes“ aufgenommen. Dazu wird die QS-Filterliste der Einschlussprozeduren <code>NWI OPS</code> aufgenommen und als Teilliste der Gesamtliste <code>OPS_Wundinfektionen</code> zugeordnet. Die Teilliste <code>OPS_NWI_sonst</code> wird in diesem Zusammenhang gelöscht, da diese nicht mehr benötigt wird. - Die QS-Filterliste der Einschlussdiagnosen <code>NWI_ICD</code> wird aufgenommen und als Teilliste der Gesamtliste <code>ICD_Wundinfektionen</code> zugeordnet. Die Teilliste <code>ICD_NWI_sonst</code> wird in diesem Zusammenhang gelöscht, da diese nicht mehr benötigt wird. - Zur korrekten Anwendung der Regeln mit den IDs 16198 und 16199 werden die Ausschlusslisten <code>NWI_ICD_EX</code> und <code>NWI OPS_EX</code> den dokumentationspflichtigen Gesamtlisten <code>ICD_Wundinfektion</code> und <code>OPS_Wundinfektion</code> für die Datenfelder „auslösende ICD-Kodes“ und „auslösende OPS-Kodes“ in Tabelle <code>ICDRelation</code> und Tabelle <code>OPSRelation</code> zugeordnet.
Kriterien Minimaldatensatz	<ul style="list-style-type: none"> - Keine relevanten Änderungen
Dokumentationsbogen	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden OPS-Kodes zur Revision einer Blutgefäßoperation und zur therapeutischen Drainage von Organen des Bauchraumes in die Einschlussliste <code>NWI OPS</code> aufgenommen.
Ausfüllhinweise	<ul style="list-style-type: none"> - Felder 8 und 9 (Geburtsdatum, Geschlecht): Diese Information soll automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. - In den „Anmerkungen“ wurden im Vergleich zum Vorjahr etliche Codes zusätzlich aufgenommen

Cholezystektomie (QS CHE)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>QS-Verfahren 3 (Cholezystektomie, QS CHE)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Ergänzt wurde als „Administratives Einschlusskriterium“ folgendes neues Kriterium: Aufnahmegrund „nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=Stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege)“</p> <p>Bei der Liste der Einschluss-Diagnose(n) der Tabelle CHE_ICD wurden einige Diagnosen herausgenommen und z.T. stattdessen in die Liste der Ausschluss-Diagnosen der Tabelle CHE_ICD_EX aufgenommen.</p> <p>Gestrichen wurden aus der Liste der Einschluss-Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> K83.4 — Spasmus des Sphinkter Oddi K83.5 — Biliäre Zyste K85.01 — Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.11 — Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.20 — Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation K85.21 — Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.30 — Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation K85.31 — Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.81 — Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.91 — Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation <p>In die Liste der Ausschluss-Diagnosen aufgenommen wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> K85.01 Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.11 Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.21 Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.31 Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.81 Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation K85.91 Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p>Die im Vorjahr aufgenommene Regelung bezüglich Änderungen durch den Medizinischen Dienst (MD) wurde wieder gestrichen. Ansonsten keine relevanten Änderungen bzgl. CHE</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p>Neu sind die Felder 11.1 „Körpergröße“, 11.2 „Körpergröße unbekannt“, 12.1 „Körpergewicht“ und 12.2 „Körpergewicht unbekannt“</p> <p>Statt der Frage „Wann – in Bezug auf die Cholezystektomie – wurde der Patient transfundiert?“ wurde das Feld 17 eingeführt: „Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?“ gemäß OPS: 8-800.- und die Antwortmöglichkeiten reduziert auf „0 = nein“ und „1 = ja“</p> <p>Die Fragen „Bestand das Erysipel vor der Cholezystektomie?“, „Bestand die akute hämorrhagische Gastritis vor der Cholezystektomie?“, „Bestand die sonstige akute Gastritis vor der Cholezystektomie?“ wurden gestrichen.</p> <p>Ergänzungen gab es bei der Frage (Feld 23) „Bestand die sonstige oder</p>

	<p>n.n.bez. Peritonitis vor der Cholezystektomie? gemäß ICD-10-GM: K65.8, K65.9“</p> <p>Neu ist die Frage (Feld 24) „Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie? gemäß ICD-10-GM: K75.0“</p> <p>Neu ist auch die Möglichkeit, einen nicht spezifizierten Entlassungsgrund anzugeben (Feld 28.2), siehe auch den Ausfüllhinweis dazu.</p> <p>Die Schlüsselliste zum Feld „Entlassungsgrund“ wurde angepasst.</p> <p>Die Liste der im Feld "Prozedur während des stationären Aufenthaltes" (OPSCHLUESSEL) dokumentationspflichtigen Kodes und die Liste der im Feld "Diagnose(n)" (ENTLDIAG) dokumentationspflichtigen Kodes wurden deutlich geändert.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Neu sind die Ausfüllhinweise zu den neuen Feldern 11.1 „Körpergröße“: „Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben, ggf. geschätzt.“ und 12.1 „Körpergewicht“: „Bitte das Körpergewicht des Patienten zum Zeitpunkt der Prozedur in Kilogramm angeben, ggf. geschätzt. Gerundet auf volle kg.“</p> <p>Daten und Namen von Feldern wurden angepasst.</p> <p>Entsprechend der oben beschriebenen Änderung der Frage (Feld 17) „Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?“ wurde auch der erste Abschnitt des Ausfüllhinweises geändert zu „Für die erste Bluttransfusion ist zu dokumentieren, ob diese aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes stattgefunden hat“</p> <p>Zur neuen Frage (Feld 24) „Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie?“ wurde ein entsprechender Ausfüllhinweis analog zu ähnlichen Fragen eingeführt.</p> <p>Zum neuen Feld 28.2 „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ lautet der Ausfüllhinweis: „Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.“</p> <p>Zudem wurden ebenfalls die unter Anmerkung 1 gelisteten, im Feld "Prozedur während des stationären Aufenthaltes" (OPSCHLUESSEL) dokumentationspflichtigen Kodes und die unter Anmerkung 2 gelisteten, im Feld "Diagnose(n)" (ENTLDIAG) dokumentationspflichtigen Kodes deutlich angepasst.</p>

Fallstricke:

- Bitte achten Sie auf eine korrekte Kodierung insbesondere auch der Ausschluss-Prozeduren aus der Tabelle CHE_OPS_EX, für das Erfassungsjahr 2023:

Prozedur(en) der Tabelle CHE_OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.42	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.51	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.52	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen: Mit operativer Revision der Gallengänge

(https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v05/che/Anwenderinformation_CHE.html, letzter Zugriff am 08.02.2023)

- Hinweis auf FAQ des IQTIG, Stand 10.09.2019: „Die Spezifikation für das QS Verfahren Cholezystektomie sieht derzeit vor, dass alle in den Anmerkungen aufgelisteten ICD und OPS Codes zu dokumentieren sind, sobald ein QS-Bogen ausgelöst wurde. Die Dokumentation soll hierbei automatisiert erfolgen. [...]“ (<https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/default-1c689ef28b/>, letzter Zugriff am 08.02.2023)

**Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich
Pankreastransplantationen (QS NET) (Modul Dialyse)**

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Dialyse = DIAL = Modul Dialyse im QS-Verfahren QS NET (QS Verfahren 4 nach DeQS-RL)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Für das Exportmodul DIAL_LKG wird in Tabelle ModulAusloeser der Algorithmus-Text korrigiert, in dem der Begriff „Ausloeser“ entfernt wird. - Aus der Einschlussliste DIALYSE_OPS wird der OPS-Kode 8-856 entfernt. - In die Einschlussliste DIALYSE_EBM werden die EBM-Kodes 04562, 04564 und 04565 aufgenommen.
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Für das Modul DIAL wird für den Minimaldatensatz eine Plausibilitätsregel aufgenommen, die die Dokumentation des Datenfeldes "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" erzwingt.
<p>Dokumentationsbogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Für die Mehrfachregeln 897 und 898 wird das neue Ersatzfeld evaljahr verwendet. In diesem Zusammenhang wird die Mehrfachregel 897 wieder der Regel 18238 zugeordnet. - Das Datenfeld „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“ wird auf den Basistypen MONDATUM umgestellt. Dazu wird ein neues technisches Feld BEGINNNIERENERERSATZTHM verwendet, das Datenfeld „Beginn der Dialysetherapie (Monat und Jahr der Erstdialyse)“ benannt und es werden die Bedingungen der dazugehörigen Regeln (inkl. Mehrfach-regel) an den neuen Basistypen angepasst. Für das Ersatzfeld abstDialEval wird das neue technische Feld verwendet. - Das Datenfeld „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ wird auf den Basistypen MONDATUM umgestellt. In diesem Zusammenhang wird das Datenfeld in „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation (Monat und Jahr)“ umbenannt. - Der Abschnitt „Komorbiditäten“ wird in „Komorbiditäten/Befunde“ umbenannt. - Das Datenfeld „essentielle (primäre) Hypertonie“ wird in „arterielle Hypertonie“ umbenannt. - Das Datenfeld „bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen“ wird in „Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt“ umbenannt. Zudem werden die Schlüsselwerte geändert. - Es wird ein neues Datenfeld „HIV-Infektion“ aufgenommen, welches

	<p>zur Dokumentation einer HIV-Infektion als Komorbidität verwendet werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Datenfeld „andere Erkrankungen“ wird in „andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen“ umbenannt. - Das Datenfeld „Datum Nierentransplantation“ wird auf den Basistypen MONDATUM umgestellt. Dazu wird ein neues technisches Feld VORTXDATUMM verwendet und das Datenfeld „Datum der letzten Nierentransplantation (Monat und Jahr)“ benannt. - Die Plausibilisierung des Datenfeldes „Zugangsart“ wird dahingehend geändert, dass dieses nicht nur dokumentiert werden muss wenn eine Hämodialyse, sondern auch, wenn eine Hämodiafiltration oder Hämofiltration als Dialyseverfahren angegeben wird. - Die Plausibilisierung des Datenfeldes „effektive Dialysedauer“ wird dahingehend geändert, dass dieses nicht nur dokumentiert werden muss wenn eine Hämodialyse, sondern auch, wenn eine Hämodiafiltration oder Hämofiltration als Dialyseverfahren angegeben wird. - Die Datenfelder zum Körpergewicht werden auf den Basisbogen verschoben und in „Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse“ und „Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt“ umbenannt. Das Körpergewicht ist somit nur noch quartalsweise zu dokumentieren. Die Plausibilisierung wird dahingehend geändert, dass eines der beiden Datenfelder dokumentiert werden muss, wenn eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt wird. - Es werden drei neue Datenfelder „mechanische Komplikation“, „Infektion“ und „sonstige Komplikation“ aufgenommen, wovon mindestens eines mit „ja“ dokumentiert werden muss, wenn eine Dialysezugangs-assoziierte Komplikation vorliegt. - Das Datenfeld „Wurde eine Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?“ wird in „Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?“ umbenannt. - Die Einheit für das Datenfeld „Ferritin“ wird in µg/l geändert. - Der Meldungstext der Plausibilitätsregel 18041 wird korrigiert. In diesem Zusammenhang wird der dazugehörige alternative Meldungstext gelöscht. - Für die folgenden technischen Felder wird der Basistyp in NUMSCHLUESSEL korrigiert: ARTZUGANG KOMPLDIAL ESF WEENTERG ARTWE DIALURSENDE
Ausfüllhinweise	<ul style="list-style-type: none"> - Feld 8 „entlassender Standort“: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. - Feld 17.1 „Beginn der Dialysetherapie“: Sollte das exakte Datum der Erstdialyse nicht auf den Tag genau bekannt sein, dokumentieren Sie bitte den ersten Tag des entsprechenden Monats.

	<ul style="list-style-type: none">- Feld 55 „Zugangsart“: Wird ein Patient über Prothesenshunt bzw. Shunt und Katheter gleichzeitig dialysiert oder findet während der Behandlung ein Wechsel der Zugangsart von Katheter zu Prothesenshunt bzw. Shunt statt, so ist „Prothesenshunt“ bzw. „Fistel“ (Shunt) als Zugangsart zu dokumentieren.- Feld 57 „Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)“: Eine Dialysezugangs-assoziierte Komplikation ist ein unerwartetes Ereignis, welches zu einer Änderung des gewählten Dialysezugangs oder zu einer stationären Behandlung geführt hat.- Neue Felder 58.1, 58.2 und 58.3 und Ausfüllhinweise zu Komplikationen- Felder 61.1, 61.2 „Körpergewicht“: Bitte geben Sie das Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse 1x/Quartal an.
--	--

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.
- Für „Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)“ wird die ergänzende Bezeichnung entfernt.
- „Eingriff ohne Narkose erfolgt“ wird in „ASA-Einstufung liegt

	<p>nicht vor“ umbenannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • „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.)

Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

QS-Verfahren	QS-Verfahren 8 (Ambulant erworbene Pneumonie, QS CAP)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	<p>Ergänzt wurde als „Administratives Einschlusskriterium“ folgendes neues Kriterium: Aufnahmegrund „nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=Stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege)“.</p> <p>Die Liste der Ausschlussdiagnosen PNEU_ICD_EX wurde an die aktuellen Codes angepasst (U69.02 und U69.03 entfallen).</p>
Kriterien Minimaldatensatz	Es gilt weiterhin: „Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden.“
Dokumentationsbogen	<p>Die Hinweise im Dokumentationsbogen wurden angepasst, sodass die Frage zur Desorientierung (Feld 14) spezifiziert wurde als „qualitative Beurteilung im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung“. Auch der Hinweis zu den Feldern 15.1, 15.2, 16 und 17 (spontane Atemfrequenz und Blutdruck) wurde spezifiziert als „erste Messung im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung“</p> <p>Es wurden zwei abhängige Felder (20 und 21) neu eingeführt, sodass anzugeben ist, ob die erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst wurde und ob die erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst wurde.</p> <p>Feld 22 wurde ebenfalls spezifiziert, sodass hier nun die initiale antibiotische (statt wie bisher „antimikrobielle“) Therapie abgefragt wird.</p> <p>Neu ist auch die Möglichkeit, einen nicht spezifizierten Entlassungsgrund anzugeben (Feld 29.2), siehe auch den Ausfüllhinweis dazu.</p> <p>Die Schlüsselliste zum Feld „Entlassungsgrund“ wurde angepasst. Integriert in den Dokumentationsbogen wurde eine Liste zum im Feld "Entlassungsdiagnose(n)" (ENTLDIAG) dokumentationspflichtigen Kodes.</p>
Ausfüllhinweise	<p>Es wurde ein neuer Ausfüllhinweis beschrieben zu Schlüssel 9 „nicht beurteilbar“ zu Feld 14 „Desorientierung“: „Antwortmöglichkeit „9 = nicht beurteilbar“ ist anzugeben, wenn nicht beurteilt werden kann, ob eine Desorientierung vorliegt oder wenn nicht beurteilt werden kann, ob eine vorliegende Desorientierung pneumoniebedingt ist oder nicht.“</p> <p>Daten und Änderungen an den Namen der Felder wurden aktualisiert.</p> <p>Zum neuen Feld 29.2 „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ lautet der</p>

	<p>Ausfüllhinweis: „Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.“</p> <p>Auch die Ausfüllhinweise wurden ergänzt um die Liste der im Feld "Entlassungsdiagnose(n)" (ENTLDIAG) dokumentationspflichtigen Codes. Die Schlüsselliste zum Feld „Entlassungsgrund“ wurde ebenfalls angepasst.</p>
--	---

Fallstricke:

- Bitte beachten Sie zu **Feld 12 „chronische Bettlägerigkeit“** den Hinweis im Dokumentationsbogen: „Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen“ (Spezifikation 2023 V05)
- Bitte beachten Sie neben den Ausfüllhinweisen auch den Hinweis im Dokumentationsbogen zu **Feld 23 „Beginn der Mobilisation“**: „mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe)“ (Spezifikation 2023 V05)
Die Definition der Mobilisation gemäß Ausfüllhinweis ist folgende:
„Mobilisation wird definiert als:
 - Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder
 - Gehen
 jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten.
Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden.“ (Spezifikation 2023 V05)
- Der **Zeitpunkt der administrativen Aufnahme** ist wichtig für die korrekte Dokumentation im QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“, insbesondere für die Angaben in Feld 18 „Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“, Feld 22 „initiale antibiotische Therapie“ und Feld 23 „Beginn der Mobilisation“. Bitte stellen Sie sicher, dass den für das Ausfüllen der QS-Bögen Verantwortlichen der Zeitpunkt der administrativen Aufnahme bekannt ist und somit eine korrekte Dokumentation ermöglicht wird.
- Bitte verwenden Sie ggf. bei der Frage nach der initialen antibiotischen Therapie (Feld 22) auch **Schlüssel 4** „Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie“
- Bitte achten Sie auf die **korrekte Kodierung** insbesondere auch der ICD-Kodes **U69.01!** („Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt“) und **U69.04!** („Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt“) (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-u69-u69.htm>, letzter Zugriff am 07.02.2023)
- Verweis auf die **FAQ des IQTIG**: „FAQ: ICD-Kode U69.0-!: Was ist unter "zurückliegende Hospitalisierung“ zu verstehen?“, <https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/icd-kode-u690-was-ist-unter-zurueckliegende-hospitalisierung-zu-verstehen/>, letzter Zugriff am 07.02.2023.

- Um die Grundlage zu schaffen, damit **COVID-19-Pneumonie-Fälle** (in der Auswertung oder im Stellungnahmeverfahren) speziell betrachtet werden können, ist es nach wie vor essentiell, dass diese Fälle korrekt erfasst und dokumentiert werden und im Nachhinein als COVID-19-Pneumonien identifizierbar sind. Dafür müssen sie entsprechend mit **Zusatzcodes** kodiert werden, wobei die Zusatzcodes dann auch im Bogen unter „Entlassdiagnosen“ aufzunehmen sind. Hierzu der Verweis auf unsere FAQ: „Wie sind Pneumonien bei COVID-19 zu kodieren und zu dokumentieren?“ (<https://www.qigbw.de/qs-verfahren/8-qs-cap-pneumonie/faq>, letzter Zugriff am 07.02.2023).

Mammachirurgie (18/1, QS MC)

QS-Verfahren	Mammachirurgie = 18/1 = Verfahren 9 (QS MC)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine relevante Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Zusätzliche Felder: <ul style="list-style-type: none"> • Klinischer Lymphknotenbefund cNO • Datum prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz • Datum postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz • Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.
Ausfüllhinweise	<ul style="list-style-type: none"> • Ausfüllhinweise zu den neuen Feldern „Klinischer Lymphknotenbefund cNO“ und „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ • Ergänzung mehrerer Ausfüllhinweise, z.B. zum prätherapeutischen histologischen Befund: „Hier ist der prätherapeutische histopathologische Befund zu dokumentieren, der zum Beginn der Therapie geführt hat (z.B. Stanz- / Vakuumbiopsie oder offene Biopsie). Wenn z.B. bei einer Nachresektion der histopathologische Befund einer Stanzbiopsie vor Erstoperation vorliegt, so ist hier der histopathologische Befund der Stanzbiopsie (und nicht der Erstoperation) zu dokumentieren.“

Fallstricke:

Achten Sie im Feld „Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ auf die korrekte Dokumentation entsprechend dem Ausfüllhinweis des IQTIG. Sollte z.B. ein Nachresektat bei der primär-operativen Behandlung eines Mammakarzinoms tumorfrei sein, muss dennoch das Mammakarzinom dokumentiert werden. Bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie muss das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom dokumentiert werden.

Gynäkologische Operation (15/1, QS GYN-OP)

QS-Verfahren	Gynäkologische Operationen = 15/1 = Verfahren 10 (QS GYN-OP)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine relevante Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderung
Dokumentationsbogen	Keine relevante Änderung
Ausfüllhinweise	Keine relevante Änderung

Fallstricke:

- Achten Sie auf die korrekte Dokumentation des führenden histologischen Befunds. Z.B. empfiehlt die Geschäftsstelle bei einer Komplettierungsoperation mit Ovariectomie bds. aufgrund der Diagnose eines Endometrium-Carcinoms bei einer vorherigen Hysterektomie als führenden histologischen Befund „31 = Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“ zu verschlüsseln.
- Achten Sie bei der Dokumentation einer intraoperativen Komplikation auf die komplexe Definition des IQTIG. Z.B. sind laut Ausfüllhinweis des IQTIG Organverletzungen dann als intraoperative Komplikationen zu dokumentieren, 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.
- Die Frage „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“ darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn nach dem aktuell zu dokumentierenden Eingriff noch ein (Rest-) Ovar in situ vorhanden ist. Falls das kontralaterale Ovar intra-operativ nicht gesehen wurde, aber anamnestisch und aus den vorliegenden Befunden (Bildgebung/intraoperativ/ Histopathologie) geschlossen werden kann, dass nach dem aktuell zu dokumentierenden Eingriff noch ein (Rest-)Ovar in situ vorhanden ist, so kann die Frage mit "ja" beantwortet werden.

Dekubitusprophylaxe (DEK)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Dekubitusprophylaxe = DEK = Modul Dekubitusprophylaxe im QS-Verfahren 11 (QS DEK)</p> <p>Der Begriff „Grad“ wird in allen betreffenden Datenfeldbezeichnungen und ergänzenden Bezeichnungen durch den Begriff „Stadium“ ersetzt. Auch für die Risikostatistik wird der Begriff „Grad“ in den Feld- und Listenbezeichnungen in „Stadium“ geändert.</p> <p>Ausfüllhinweise zu einem L89.9- Dekubitus, Stadium/nicht näher bezeichnet: Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung ist als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet zu dokumentieren.</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis: Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module über das administrative Kriterium ausgeschlossen. Die Anpassung erfolgt analog in der Risikostatistik.</p>
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p>Keine Änderungen im Vergleich zum Vorjahr</p> <p>Ein Minimaldatensatz ist möglich, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt wird. • ein Patient z.B. für eine operative Versorgung eines Dekubitus aufgenommen und deswegen ein Anus praeter angelegt wird. Hier kann es bei einer zweiten Aufnahme des Patienten zur Rückverlegung des Anus praeter sein, dass als Hauptdiagnose der Dekubitus angegeben werden muss. Für den zweiten Aufenthalt ist dann ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt. • ein Patient nach einer plastischen Deckung (Lappenplastik) verlegt wird. Hier ist die Haupt-/ Verlegungsdiagnose automatisch der Dekubitus. Allerdings ist der Dekubitus sowohl bei Aufnahme wie auch bei Entlassung eigentlich nicht mehr vorhanden. In diesem Fall ist für den Verlegungsfall ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.

Dokumentationsbogen

Risikostatistik:

- Analog zur Anpassung des QS-Filters werden in der Risikostatistik Fälle mit dem **Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“** über das **administrative Kriterium ausgeschlossen**.
- Für den Schlüssel **Geschlecht** werden die Schlüsselwerte **„d = divers“** und **„x = unbestimmt“** ergänzt.
- **Risikofaktoren:**
 - Diagnosen zum Feld **„eingeschränkte Mobilität“** werden überarbeitet. Die Diagnose **M62.6** wird entfernt und über das **neue Feld „Muskelzerrung“ M62.6** abgebildet. Die Diagnosen **R46** werden bis auf **R46.3** entfernt und über das **neue Feld „Verhalten“ R46.0; R46.1; R46.2; R46.4; R46.5; R46.6; R46.7; R46.8** abgebildet.
 - **NEUES Feld „Infektion - Pneumonie“** mit den ICD-Kodes **J12.-, J13 und J14**.
 - **NEUES Feld „Infektion – ARDS“** mit den ICD-Kodes **J80.-**.
 - Die ICD-Kodes **U69.01, U69.02 und U69.03** werden aus dem Feld **„weitere schwere Erkrankungen“** entfernt.
 - **NEUES Feld „weitere schwere Erkrankungen anderenorts klassifizierte Pneumonie“** mit den ICD-Kodes **U.69.01 und U69.04**.

QS-Dokumentation:

Neue Daten-Felder:

- **„nicht spezifizierter Aufnahmegrund“:** Datenfeld nur befüllen, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.
- **„nicht spezifizierter Entlassungsgrund“:** Datenfeld nur befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

Neue Daten-Felder (Risikofaktoren):

- **„eingeschränkte Mobilität – Muskelzerrung“ (M62.6-)**
- **„eingeschränkte Mobilität – Verhalten“ (ICD-Kodes R46.0, R46.1, R46.2, R46.4, R46.5, R46.6, R46.7, R46.8).**
- **„Infektion - Pneumonie“ (ICD-Kodes J12.-, J13, J14)**
- **„Infektion - ARDS“ (ICD-Kode J80.-).**
- **„weitere schwere Erkrankungen anderenorts klassifizierte Pneumonie“ (ICD-Kodes U69.01, U69.04).**

Umbenennung von Daten-Feldern (Risikofaktoren):

- **„Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2“** in **„Diabetes Mellitus“** mit ICD-Codes **E10.-, E11.-** und zusätzlich **E13.-**. Das bisherige separate Datenfeld **„sonstiger Diabetes Mellitus“** wird gelöscht.

	<p><u>Anpassung von Daten-Feldern (Risikofaktoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „eingeschränkte Mobilität“ (ICD-Kodes G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.0-, M62.1-, M62.2-, M62.3-, M62.4-, M62.5-, M62.8-, M62.9-, R26.3, R40.-, R46.3, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3). • Der ICD-Kode M62.6- wird in das neue Feld „eingeschränkte Mobilität – Muskelzerrung“ überführt. • Die ICD-Kodes R46.0, R46.1, R46.2, R46.4, R46.5, R46.6, R46.7, R46.8 werden in das neue Feld „eingeschränkte Mobilität – Verhalten“ überführt. • Die ICD-Kodes U69.01, U69.02 und U69.03 werden aus dem Datenfeld „weitere schwere Erkrankungen“ entfernt. Stattdessen wird das neue Diagnosefeld „weitere schwere Erkrankungen anderenorts klassifizierte Pneumonie“ eingeführt (U69.0-).
Ausfüllhinweise	Änderungen im Vergleich zum Vorjahr ergeben sich durch die Anpassungen von Feldern.

Allgemeiner Hinweis:

Für die externen ICD-Schlüssel wird auf die Webadresse <http://www.bfarm.de> verwiesen.

Spezifische Hinweise und Empfehlungen:

- Bei allen Patienten den Dekubitus-Status (bei Aufnahme, im Verlauf und bei Entlassung) erfassen und dokumentieren, so dass
 - Fehldokumentationen oder Kodierfehler vermieden werden.
 - eine lückenlose und sachgerechte Dokumentation sichergestellt werden kann.
- Bei Aufnahme von Patienten während der Erstuntersuchung/Erstanamnese den Informationsaustausch bei Dekubitusrisiko zwischen Arzt und Pflege sicherstellen.
- Grundsätzlich Kommunikation zwischen den Beteiligten Akteuren unterstützen und motivieren.
- Die verwendeten Dokumente im eigenen Krankenhaus (z.B. Fingertest im Bewegungsplan bzw. Positionierungsplan) ggf. kritisch überprüfen und nötigenfalls aktualisieren.
- Diagnosen bzw. Begleiterkrankungen - welche patientenindividuell als Risikofaktoren die Dekubitusentstehung begünstigen - systematisch identifizieren, kodieren und über die Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) in der sogenannten Risikostatistik erfassen.
- Bei **EPUAP-Stadium „Keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“** kann das Stadium nicht mit Sicherheit bestimmt werden, so dass gemäß Kodierrichtlinie hier das niedrigere Stadium kodiert werden sollte.
- Bei **EPUAP-Stadium „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“** sollte im Sinne der QS - wenn möglich - hier ein „Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet“ kodiert werden, solange kein eigenständiger ICD-Kode für die „vermutete, tiefe Gewebeschädigung“ existiert.

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	<p>Hinweis: Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module über das administrative Kriterium ausgeschlossen.</p> <p>Der OPS 5-377x wurde als auslösender Schlüssel gestrichen.</p>
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderungen
Dokumentationsbogen	<p><u>Datenfeld 20: Ätiologie</u> Redaktionelle Anpassung 6 = Zustand nach herzchirurgischem herzchirurgischer Eingriff 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)</p> <p><u>Datenfeld 21: (Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation) neues Datenfeld</u> 1 = unter 5 Tage 2 = 5 Tage oder länger 9 = unbekannt</p> <p><u>Datenfeld 22.1 und 22.2: neue Datenfelder</u> 22.1. Datum der TAVI 22.2. Datum der TAVI nicht bekannt</p> <p><u>Datenfeld 23 (erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation)</u> Neue Schlüsselzuordnungen 0 = keine erwartete ventrikuläre Stimulation 1 = < 20 % 2 = >= 20 %</p> <p><u>Datenfeld 26 (Vorhofrhythmus)</u> Schlüsselkonkretisierung: 1 = normofrequenter Sinusrhythmus (permanent) 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)</p> <p><u>Datenfeld Punkt 27 (AV-Block)</u> Schlüsselkonkretisierung: 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1)</p>

	<p>5 = AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)</p> <p>Datenfeld 34 (neurokardiogene Diagnostik) Konkretisierung: 2 = Kipptisch positiv (mit synkopaler Pause > 3 s)</p> <p>Datenfeld 55.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund): neues Datenfeld 1 = ja</p>
Ausfüllhinweise	<p>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung) Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>zu Datenfeld 17 (führendes Symptom) Ergänzung: Im Falle von wiederholten unklaren Stürzen darf nach einer entsprechenden Diagnostik, die einen Bewusstseinsverlust als Ursache der Stürze wahrscheinlich macht, Synkope als führendes Symptom der Schrittmacherimplantation angegeben werden.</p> <p>Zu Datenfeld 20 (Ätiologie) Ergänzung: Höhergradige AV-Blockierungen, die als Komplikation einer Ablationsbehandlung aufgetreten sind und die Schrittmacherindikation begründen, sind unter "sonstige Ablationsbehandlung" zu dokumentieren.</p> <p>Zu Datenfeld 22.1 Neu: Es soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.</p> <p>Zu Datenfeld 27 (AV-Block) Ergänzung: hochgradiger AV-Block: Bei Patienten im Sinusrhythmus besteht ein hochgradiger AV-Block, wenn eine AV-Überleitungsblockade von 3:1 oder höher vorliegt. Bei Patienten mit Vorhofflimmern bedeutet dies in der Regel eine Kammerfrequenz von unter 40/min.</p> <p>Zu Datenfeld 51.2 (interventionspflichtiger Pneumothorax) und 51.3 (interventionspflichtiger Hämatothorax) Änderung: der Passus „klinisch und/oder röntgenologisch gesichert“ wurde gestrichen</p> <p>Zu Datenfeld 55.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund) Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.</p>

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:
Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder

unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.

- ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
- ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

Herzschrittmacheraggregatwechsel (09/2)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Herzschrittmacheraggregatwechsel = (09/2) = Modul Herzschrittmacheraggregatwechsel im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis: Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module über das administrative Kriterium ausgeschlossen.</p> <p>Die OPS-Ziffern 5-378.0x, 5-378.2x, 5-378.3x, 5-378.4x, 5-378.5x, 5-378.6x, 5-378.7x, 5-378.8x wurden als auslösende Schlüssel gestrichen.</p>
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p>Keine Änderungen</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p><u>Datenfeld 15: letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff</u> Änderung 1 = stationär 2 = stationsersetzend/ambulant Angaben ob letzte Schrittmacher OP in eigener oder anderer Institution erfolgt ist, müssen nicht länger gemacht werden.</p> <p><u>Datenfeld 28.2: nicht spezifizierter Entlassungsgrund</u> Neu 1 = ja</p>
<p>Ausfüllhinweise</p>	<p>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung) Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Zu Datenfeld 28.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund) Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.</p>

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:
Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.
 - ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
 - ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

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	Hinweis: Fälle mit dem Aufnahmegrund 11 = „Übergangspflege“ werden für die rein stationären Module über das administrative Kriterium ausgeschlossen. Die OPS 5-378.0x, 5-378.2x, 5-378.3x, 5-378.4x, 5-378.6x, 5-378.7x, 5-378.8x wurden als auslösende Schlüssel gestrichen.
Kriterien Minimaldatensatz	Keine Änderungen
Dokumentationsbogen	<u>Datenfeld 20: (letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff)</u> Änderung 1 = stationär 2 = stationsersetzend/ambulant Angaben ob letzte Schrittmacher OP in eigener oder anderer Institution erfolgt ist, müssen nicht länger gemacht werden. <u>Datenfeld 39.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund): neues Datenfeld</u> Neu 1 = ja
Ausfüllhinweise	<u>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung)</u> Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden. <u>Zu Datenfeld 35.2 (interventionspflichtiger Pneumothorax) und 35.3 (interventionspflichtiger Hämatothorax)</u> Änderung: der Passus „Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert“ wurde gestrichen <u>Zu Datenfeld 39.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund)</u> Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:

Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.

- ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
- ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

Defibrillatorimplantation (09/4)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Defibrillatorimplantation = (09/4) = Modul Herzschrittmacherimplantation im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis: 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</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p><u>Datenfeld 21: Lebenserwartung</u> Anpassung Feldbezeichnung / Schlüssel gestrichen Besteht (nach Implantation eines ICD bzw. CRT-D und optimierter medikamentöser Therapie) eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellem Status des Patienten. 0=nein 1=ja 9 = unbekannt</p> <p><u>Datenfeld 24: (KHK)</u> Schlüsselkonkretisierung 0 = nein 1 = ja, ohne ST-Hebungsinfarkt (STEMI) 2 = ja, mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)</p> <p><u>Datenfeld 25: (Abstand ST-Hebungsinfarkt)</u> Anpassung Feldbezeichnung : Abstand MyokardinfarktST-Hebungsinfarkt (STEMI) zur Implantation ICD</p> <p><u>Datenfeld 36.3: (Diuretika)</u> Anpassung Feldbezeichnung : Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)</p> <p><u>Datenfeld 36.3: (SGLT2-Inhibitoren)</u> Datenfeld neu : 1=ja</p> <p><u>Datenfeld 38 (erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation)</u> Neue Schlüsselzuordnungen 2 = keine erwartete ventrikuläre Stimulation 3 = < 20 % 2 = >= 20 %</p>

	<p><u>Datenfeld 39 (Vorhofrhythmus)</u> Schlüsselkonkretisierung: 1 = normofrequenter Sinusrhythmus (permanent) 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)</p> <p><u>Datenfeld Punkt 40 (AV-Block)</u> Schlüsselkonkretisierung: 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1) 5 = AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)</p> <p><u>Datenfeld 55.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund):</u> Datenfeld neu : 1 = ja</p>
Ausfüllhinweise	<p><u>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung)</u> Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p><u>zu Datenfeld 21: (Lebenserwartung)</u> Neu: nach Einschätzung des indikationsstellenden Arztes vor der Implantation (siehe aktuelle ESC-Leitlinien zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods) Anmerkung QiG: Es ist die Lebenserwartung anzugeben, welche der Patient aus präoperativer Sicht nach Implantation eines ICDs voraussichtlich haben wird.</p> <p><u>Zu Datenfeld 24 (KHK)</u> Konkretisierung: Für die Dokumentation sind alle Myokardinfarkte Myokardinfarkte ST-Hebungsinfarkte (STEMI) zu berücksichtigen, auch wenn sie länger zurückliegen</p> <p><u>Zu Datenfeld 40 (AV-Block)</u> Ergänzung: hochgradiger AV-Block: Bei Patienten im Sinusrhythmus besteht ein hochgradiger AV-Block, wenn eine AV-Überleitungsblockade von 3:1 oder höher vorliegt. Bei Patienten mit Vorhofflimmern bedeutet dies in der Regel eine Kammerfrequenz von unter 40/min.</p> <p><u>Zu Datenfeld 58.2 (interventionspflichtiger Pneumothorax) und 58.3 (interventionspflichtiger Hämatothorax)</u> Änderung: der Passus „Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert“ wurde gestrichen.</p> <p><u>Zu Datenfeld 55.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund)</u> Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen</p>

	dokumentiert werden kann.
--	---------------------------

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:
Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.
 - ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
 - ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel, = (09/5) = Modul im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis: 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</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p><u>Datenfeld 15: (ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff)</u> Änderung 1 = stationär 2 = stationsersetzend/ambulant Angaben ob letzte Schrittmacher OP in eigener oder anderer Institution erfolgt ist, müssen nicht länger gemacht werden.</p> <p><u>Datenfeld 28.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund): neues Datenfeld</u> Neu 1 = ja</p>
<p>Ausfüllhinweise</p>	<p><u>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung)</u> Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p><u>Zu Datenfeld 28.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund)</u> Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.</p>

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:
Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.
 - ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
 - ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation = (09/6) = Module im QS-Verfahren 12 (Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren, QS HSMDEF)</p>
<p>Einschluss-/Ausschlusskriterien</p>	<p>Hinweis: 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</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<p><u>Datenfeld 19: letzte ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff</u> Änderung 1 = stationär 2 = stationsersetzend/ambulant Angaben ob letzte Schrittmacher OP in eigener oder anderer Institution erfolgt ist, müssen nicht länger gemacht werden.</p> <p><u>Datenfeld 51.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund): neues Datenfeld</u> Neu 1 = ja</p>
<p>Ausfüllhinweise</p>	<p>Zu den Datenfeldern 6 (entlassender Standort), 7 (behandelnder Standort (OPS)) und 9 (Fachabteilung) Neu: Diese dürfen von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Zu den Datenfelder 26, 30, 35, 40 und 45 (Problem) Neu: Bei kompletter Explantation bzw. Stilllegung des Systems, ohne dass ein Sondenproblem vorliegt (z. B. auf Patientenwunsch oder da keine ICD-Indikation mehr besteht), bitte "Systemumstellung" angeben.</p> <p><u>Zu Datenfeld 47.3 (interventionspflichtiger Hämatothorax)</u> Änderung: der Passus „Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert“ wurde gestrichen</p> <p><u>Zu Datenfeld 51.2 (nicht spezifizierter Entlassungsgrund)</u> Neu: Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß §301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.</p>

Fallstricke:

- Reizschwellen und Signalamplitudenmessungen:
Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung implantierter Sonden hat zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion eines u. U. lebensrettenden Rhythmusimplantats. Bereits eine einzelne Sonde mit fehlerhafter Wahrnehmungs- oder unzureichender Stimulationsfunktion führt zum Ausfall oder zu gravierenden Fehlfunktionen eines kostspieligen Schrittmacher- oder ICD-Systems.
 - ➔ Daher ist es grundsätzlich erforderlich, immer die notwendigen intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmungen durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, um gegebenenfalls umgehend eine Korrektur vornehmen zu können.
 - ➔ KEINE Angabe von prä- und postoperativen Messwerten.

Geburtshilfe (16/1, QS PM-GEBH)

QS-Verfahren	Geburtshilfe = 16/1 = Modul Geburtshilfe im QS-Verfahren 13 (Perinatalmedizin, QS PM)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Keine relevante Änderung
Kriterien Minimaldatensatz	Anpassung der MDS-Kriterien an das Personenstandsgesetz (siehe unten).
Dokumentationsbogen	Zusätzliche Felder, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Geburtsort des Kindes • Bundesland des Geburtsortes
Ausfüllhinweise	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlerhafte Anpassung an das Personenstandsgesetz (siehe unten). • Ergänzung des Ausfüllhinweises zum Feld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ (siehe unten)

Fallstricke:

- In der Spezifikation 2023 hat das IQTIG seine Interpretation des Personenstandsgesetzes (ohne Lebenszeichen geborene Kinder, deren Geburtsgewicht unter 500 g liegt, die aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht haben, gelten als Totgeburten und nicht mehr als Fehlgeburten) angepasst: Ab einer Tragzeit von 23+0 SSW gilt ein totgeborener Einling unabhängig vom Gewicht als Totgeburt – nicht mehr erst ab 24+0 SSW. Allerdings wurde versäumt, die weiche Plausi-Prüfung Nr. 9792 anzupassen, sodass bei Dokumentation eines totgeborenen Kindes mit einem Geburtsgewicht < 500 g und einem Gestationsalter < 24+0 SSW als Totgeburt eine Warnung erscheint („Sie haben Totgeburt = ja und ein Geburtsgewicht < 500 g und ein Gestationsalter < 23+0 Wochen dokumentiert. Gemäß § 31 der Personenstandsverordnung (PStV) ist dies nicht zulässig.“). Die Warnung kann ignoriert und der Bogen abgeschlossen werden.
- Das Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause/bei Verlegung“ ist u. a. bei (Früh-)Geburten mit Verlegung, bei welchen der Abstand zwischen dem Verlegungszeitpunkt und der Geburt des Kindes weniger als 4 Stunden beträgt, nicht verpflichtend zu befüllen und kann in solchen Fällen daher leer gelassen werden.
- Die Geschäftsstelle empfiehlt, in der Patientenakte dokumentierte Schwangerschaftsrisiken im QS-Bogen als „Befunde im Mutterpass“ zu verschlüsseln - unabhängig davon, ob diese tatsächlich im Mutterpass dokumentiert sind oder nicht. Dies erlaubt eine korrekte Berechnung der risikoadjustierten Qualitätsindikatoren.

Neonatologie (NEO, QS PM-NEO)

QS-Verfahren	Neonatologie = NEO = Modul Neonatologie im QS-Verfahren 13 (Perinatalmedizin, QS PM)
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	Administratives Einschlusskriterium ergänzt: „nicht 11 (=Übergangspflege)“
Kriterien Minimaldatensatz	Änderung bzgl. Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit: Fehlbildung erweitert in „angeborene Erkrankung“.
Dokumentationsbogen	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden die Datenfelder „Geburtsort des Kindes“ und „Bundesland des Geburtsortes“ aufgenommen. Für die neuen Datenfelder werden zusätzlich die Datenfelder „Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“ und „Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“ aufgenommen, welche dokumentiert werden können, wenn der Geburtsort des Kindes bzw. das Bundesland des Geburtsortes nicht dokumentiert werden kann. • Das Datenfeld „Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses“ wird gelöscht. • Das Datenfeld „entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses“ wird gelöscht. In diesem Zusammenhang wird das Ersatzfeld entstandortID entfernt. • Für das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ werden die ergänzende Bezeichnung und die Schlüsselwerte geändert. • Es wird ein neues Datenfeld „Status bei Aufnahme“ aufgenommen, welches dokumentiert werden muss, wenn eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt. • Das Datenfeld „Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes“ wird gelöscht. • Die Plausibilisierung der Datenfelder im Abschnitt „Operation(en) und Prozeduren“ wird dahingehend geändert, dass diese dokumentiert werden müssen, wenn das Gestationsalter ≥ 22 Wochen beträgt und wenn das Kind nicht im Kreißsaal verstorben ist. • Das Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“ wird in „OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ umbenannt. • Das Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ aus dem Modul 16/1 wird für das Modul NEO neu aufgenommen. Das Datenfeld wird dahingehend plausibilisiert, dass dieses dokumentiert werden muss, wenn das Gestationsalter ≥ 22 Wochen beträgt, wenn das Kind nicht im Kreißsaal verstorben ist und wenn der Entlassungsgrund nicht „07 = Tod“ ist. • Das Datenfeld „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“ wird gelöscht. • Das Datenfeld „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“ wird gelöscht. In diesem Zusammenhang wird das Ersatzfeld „aufnstandortID“ entfernt. • Das Datenfeld 82.2 „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ wird eingeführt

	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird eine neue Plausibilisierung aufgenommen, die sicherstellt, dass der dokumentierte Aufnahmezeitpunkt nicht nach dem Entlassungs-/Todeszeitpunkt liegt. • Es werden neue Plausibilisierungen aufgenommen, die sicherstellen, dass das "Gewicht des Kindes bei Geburt" und das "Gewicht bei Aufnahme" nicht um mehr als 500g voneinander abweichen, während Aufnahmezeit und Geburtszeit identisch sind.
Ausfüllhinweise	<ul style="list-style-type: none"> • Neuer Ausfüllhinweis zu den Datenfeldern 23.1, 23.2, 24.1 und 24,2 zum Geburtsort des Kindes: „Einzutragen ist der Geburtsort entsprechend der zu erwartenden Angabe in der Geburtsurkunde, d. h. der Name der formal selbständigen Gemeinde. Z.B. ist bei einer Hausgeburt, die im Berliner Stadtteil Pankow stattfand, als Geburtsort Berlin einzutragen.“ • Angepasster Ausfüllhinweis zu Datenfeld 60 (Bronchopulmonale Dysplasie): „Seit 2023 ist eine bronchopulmonale Dysplasie (BPD) immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.“ • Ergänzung des Ausfüllhinweises zu Datenfeld 81 „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ (siehe Fallstricke)

Fallstricke:

- Im Datenfeld 39 „angeborene Erkrankungen“ sollte der Schlüssel „1 = schwere oder letale“ nur bei akut lebensbedrohlichen genetisch bedingten Erkrankungen oder Fehlbildungen dokumentiert werden. Das IQTIG wurde darum gebeten, dies in den Ausfüllhinweisen klarer zu formulieren.
- Im neuen Datenfeld 81 „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ ist mit Frauenmilch auch die Milch anderer Mütter gemeint.

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>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Änderung gemäß § 301-Vereinbarung SGB V wird der Aufnahmegrund 11 „Übergangspflege“ für die Fälle der rein stationären Module ab dem Erfassungsjahr 2023 über das administrative Kriterium ausgeschlossen. • Die ICD-Kodes C41.4 (Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenknorpels: Beckenknochen) und C49.2 (Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte) werden in die Ausschlussliste SH_ICD_EX aufgenommen.
<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>	<ul style="list-style-type: none"> • Für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Entlassungsgründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Für alle Module mit dem Datenfeld „Aufnahmegrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Aufnahmegründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Das Datenfeld „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ wird in „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ umbenannt. Zudem werden statt dem Schlüsselwert „1 = ja“ die Schlüsselwerte „1 = ja, eine Osteosynthese“ und „2 = ja, eine Endoprothese“ aufgenommen. • Die Datenfelder „Entlassungsdiagnose(n)“ und „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?“ werden miteinander

	<p>plausibilisiert, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine spezifische Komplikation als ICD-Code vorliegt und gleichzeitig keine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Datenfeld „Nachblutung/Wundhämatom“ wird in „revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom“ umbenannt. • Es wird ein neues Datenfeld „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss“ aufgenommen, welches mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn das Vorliegen einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation dokumentiert wird. • Die Datenfelder „Entlassungsdiagnose(n)“ und „Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?“ werden miteinander plausibilisiert, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine allgemeine Komplikation als ICD-Code vorliegt und gleichzeitig keine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird. • Das Datenfeld „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ wird in „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt“ umbenannt. <p>Löschungen von Feldern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ • „Treppensteigen bei Entlassung“ • „Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?“ • „Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt“
Ausfüllhinweise	<p>Revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Blutungen nicht angegeben werden sollen.</p> <p>Revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Befunde nicht angegeben werden sollen.</p> <p><i>QiG-Anmerkung: Nicht revidierte Hämatome/Nachblutungen sowie prolongierte Wundsekretionen, Serome oder Gelenkergüsse sind dann als „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen“ anzugeben.</i></p>

Fallstricke:

- Achten Sie besonders darauf, dass die Angaben zur Mobilität vor Frakturereignis/Aufnahme aber auch bei Entlassung valide angegeben werden.
- Bei katheterassozierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden. In letzteren Fällen sind diese als „sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ zu erfassen (falls als nosokomial bewertet).

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Hüftendoprothesenversorgung = HEP = Modul HEP im QS-Verfahren 14 (QS HGV, Hüftgelenkversorgung)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Änderung gemäß § 301-Vereinbarung SGB V wird der Aufnahmegrund 11 „Übergangspflege“ für die Fälle der rein stationären Module ab dem Erfassungsjahr 2023 über das administrative Kriterium ausgeschlossen. • Die ICD-Kodes C41.4 (Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenknorpels: Beckenknochen) und C49.2 (Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte) werden in die Ausschlussliste HEP_ICD_EX aufgenommen. Der ICD-Kode S32.4 (Fraktur des Acetabulums) wird aus der Ausschlussliste HEP_ICD_EX entfernt.
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<p><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.</p>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Entlassungsgründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Für alle Module mit dem Datenfeld „Aufnahmegrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Aufnahmegründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Das Datenfeld „Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ soll nur noch dokumentiert werden, wenn im Aufenthalt <u>keine endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</u>, sondern eine elektive Erstimplantation oder Wechsel-OP durchgeführt wird. Dazu wird das Datenfeld in „Treppensteigen vor Aufnahme“ umbenannt sowie eine entsprechende ergänzende Bezeichnung und Plausibilisierung aufgenommen. Zudem werden die Schlüsselwerte umbenannt und der Schlüsselwert „9 = Information liegt nicht vor“ ergänzt. • Das Datenfeld „Koxarthrose“ wird auf den Teildatensatz

	<p>„Hüftgelenknahe Femurfraktur“ (F) verschoben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird ein neues Datenfeld „initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur“ zur Dokumentation eines präoperativen Befundes aufgenommen, welches mit dem im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ dokumentierten ICD-Kode S32.4 (Fraktur des Acetabulums) plausibilisiert wird, sodass nur dann eine Dokumentation des neuen Datenfeldes vorgenommen werden muss, wenn S32.4 vorliegt. • Es wird ein neues Datenfeld „Femurkopfnekrose“ aufgenommen, welches die bisherigen Datenfelder „Indikation: Posttraumatische Hüftkopfnekrose liegt vor“ und „Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?“ vereint. • Die Datenfelder „Knochendefekt Pfanne“ und „Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)“ werden in „Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne“ und „Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)“ umbenannt. • Für das Datenfeld „primäre Implantatfehlage“ wird die ergänzende Bezeichnung „fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation“ aufgenommen. • Für das Datenfeld „sekundäre Implantatdislokation“ wird die ergänzende Bezeichnung „nach Beendigung des Eingriffs“ aufgenommen. • Die Datenfelder „Entlassungsdiagnose(n)“ und „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?“ werden miteinander plausibilisiert, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine spezifische Komplikation als ICD-Kode vorliegt und gleichzeitig keine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird. • Das Datenfeld „Nachblutung/Wundhämatom“ wird in „revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom“ umbenannt. • Es wird ein neues Datenfeld „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss“ aufgenommen, welches mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden. • Das Datenfeld „periprothetische Fraktur“ wird in „periprothetische Femurfraktur“ umbenannt. • Es wird ein neues Datenfeld „periprothetische Acetabulumfraktur“ aufgenommen, welches mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation vorliegt. Zudem wird das Datenfeld mit dem neuen Datenfeld „initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur“ dahingehend plausibilisiert, dass es nur befüllt werden darf, wenn die Acetabulumfraktur nicht bereits vor dem Eingriff vorlag. • Das Datenfeld „Treppensteigen bei Entlassung“ soll nur noch dokumentiert werden, wenn im Aufenthalt <u>keine</u> endoprothetische
--	--

	<p>Versorgung einer <u>hüftgelenknahen Femurfraktur</u>, sondern eine elektive Erstimplantation oder Wechsel-OP durchgeführt wird. Die Schlüsselwerte werden umbenannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird ein neues Datenfeld „Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ aufgenommen. Das Datenfeld „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ wird in diesem Zusammenhang in „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt“ umbenannt. • Die Datenfelder „Entlassungsdiagnose(n)“ und „Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?“ werden miteinander plausibilisiert, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine allgemeine Komplikation als ICD-Kode vorliegt und gleichzeitig keine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird. • Es werden weitere weiche Plausibilitätsregeln zu dem Datenfeld "teildatensatzsteuernde OPS-Kodes" in Zusammenhang mit den Datenfeldern „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?" und "ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen" aufgenommen. <p>Löschungen von Feldern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?“ • „Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt“ • „Indikation: Posttraumatische Hüftkopfnekrose liegt vor“ • „Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?“ • Datenfelder zu "Postoperativer Bewegungsumfang"
Ausfüllhinweise	<p>Treppensteigen (bei Aufnahme und bei Entlassung): Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass bei unterschiedlichen Einstufungen die niedrigste (= beste Fähigkeit) dokumentiert werden soll.</p> <p><i>QiG-Anmerkung: Die Angabe ist zukünftig nur erforderlich, wenn keine hüftgelenknahe Femurfraktur versorgt wird.</i></p> <p>Initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur: Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik eine Acetabulumfraktur vor dem Eingriff festgestellt wurde.</p> <p>Primäre Implantatfehlage (Ergänzung weiterer Beispiele): Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. Perforation des Schaftes, Fehlstellung des Schaftes oder der Pfanne.</p> <p>Sekundäre Implantatdislokation (Änderung Beispiele): Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär – z.B. nach Belastung – veränderte (z.B. Pfannenmigration, Schaftsinterung). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.</p> <p>Revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Blutungen nicht angegeben werden sollen.</p> <p>Revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder</p>

	<p>Gelenkerguss: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Befunde nicht angegeben werden sollen. <i>QiG-Anmerkung: Nicht revidierte Hämatome/Nachblutungen sowie prolongierte Wundsekretionen, Serome oder Gelenkergüsse sind dann als „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen“ anzugeben.</i></p> <p>NEU - Periprothetische Acetabulumfraktur: Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) am Acetabulum entstanden sind. Hierzu zählen beispielsweise Frakturen, die infolge eines Sturzes oder die nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates oder einer Gelenkprothese entstanden sind.</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
 ODER
 5-821.0 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Revision (ohne Wechsel)
 ODER
 5-821.2a = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel
 ODER
 5-821.2b = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: 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.
- Bei katheterassoziierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden. In letzteren Fällen sind diese als „sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ zu erfassen.

Knieendoprothesenversorgung (KEP)

<p>QS-Verfahren</p>	<p>Knieendoprothesenversorgung = KEP = Modul Knieendoprothesenversorgung im QS-Verfahren 15 (QS KEP, Knieendoprothesenversorgung)</p>
<p>Einschluss-/ Ausschlusskriterien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Änderung gemäß § 301-Vereinbarung SGB V wird der Aufnahmegrund 11 „Übergangspflege“ für die Fälle der rein stationären Module ab dem Erfassungsjahr 2023 über das administrative Kriterium ausgeschlossen. • Die ICD-Kodes C41.4 (Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen) , C49.2 (Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte) und M90.75 (Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]) werden in die Ausschlussliste KEP_ICD_EX aufgenommen.
<p>Kriterien Minimaldatensatz</p>	<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>
<p>Dokumentationsbogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Entlassungsgründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Für alle Module mit dem Datenfeld „Aufnahmegrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Aufnahmegründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen werden kann. • Für das Datenfeld „Treppensteigen“ werden die Schlüsselwerte umbenannt und der Schlüsselwert „9 = Information liegt nicht vor“ ergänzt. • Das Datenfeld „Gonarthrose“ wird in „Gonarthrose vor aktuellem Eingriff“ umbenannt. • Das Datenfeld „Fehlstellungen des Knies“ wird in „Fehlstellung des Knies vor aktuellem Eingriff“ umbenannt. • Es wird ein neues Datenfeld „in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk“ aufgenommen. • Die Datenfelder „Knochendefekt Femur“ und „Knochendefekt Tibia“

werden in „Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Femur“ und „Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Tibia“ umbenannt.

- Die Datenfelder „**Entlassungsdiagnose(n)**“ und „Gab es **spezifische** behandlungsbedürftige **Komplikationen?**“ werden miteinander **plausibilisiert**, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine spezifische Komplikation als ICD-Kode vorliegt und gleichzeitig keine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird.
- Für das Komplikations-Datenfeld „primäre **Implantatfehlage**“ wird die ergänzende Bezeichnung „fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer operativen oder konservativen Behandlung“ aufgenommen.
- Für das Datenfeld „sekundäre **Implantatdislokation**“ wird die ergänzende Bezeichnung „nach Beendigung des Eingriffs“ aufgenommen.
- Es wird ein neues Datenfeld „**revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)**“ aufgenommen, welches mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden.
- Das Datenfeld „**Patellafehlstellung**“ wird in „Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella“ umbenannt.
- Das Datenfeld „**Nachblutung/Wundhämatom**“ wird in „revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom“ umbenannt.
- Es wird ein neues Datenfeld „**revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss**“ aufgenommen, welches mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann, wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden.
- Die Datenfelder „**Entlassungsdiagnose(n)**“ und „Gab es **allgemeine** behandlungsbedürftige **Komplikationen?**“ werden miteinander **plausibilisiert**, sodass ein Hinweis erscheint, wenn mindestens eine allgemeine Komplikation als ICD-Kode vorliegt und gleichzeitig keine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert wird.
- Für das Datenfeld „**Treppensteigen** bei Entlassung“ werden die Schlüsselwerte umbenannt.
- Es wird ein neues Datenfeld „**Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**“ aufgenommen. Das Datenfeld „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ wird in diesem Zusammenhang in „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt“ umbenannt. Die beiden Datenfelder werden dahingehend miteinander plausibilisiert, dass nur eines der beiden Datenfelder mit „1 = ja“ dokumentiert werden kann.
- Es werden weitere weiche **Plausibilitätsregeln** zu dem Datenfeld "teildatensatzsteuernde **OPS-Kodes**" in Zusammenhang mit den Datenfeldern „Gab es spezifische behandlungsbedürftige **Komplikationen?**" und "ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen" aufgenommen.

Löschungen von Feldern:

- „postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes“
- „postoperative mechanische Komplikation des künstlichen

	Gelenkes“
Ausfüllhinweise	<p>Treppensteigen (präop. und bei Entlassung): Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass bei unterschiedlichen Einstufungen die niedrigste (= beste Fähigkeit) dokumentiert werden soll.</p> <p>In der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk: Die neue Abfrage erhält einen Ausfüllhinweis „Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch bildgebende Diagnostik eine Osteonekrose am Kniegelenk nachgewiesen wurde. Nicht gemeint sind frakturbedingte Nekrosen bei Erstimplantationen. Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als MDS anzulegen.“</p> <p>Sekundäre Implantatdislokation: Die Beispiele werden ergänzt Inlay-Lockerung/ NEU: Luxation, Einbruch der Tibia- oder Femurkomponente</p> <p>Revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Blutungen nicht angegeben werden sollen.</p> <p>Revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss: Im Ausfüllhinweis wird vorgegeben, dass hier lediglich punktierte Befunde nicht angegeben werden sollen.</p> <p><i>QiG-Anmerkung: Nicht revidierte Hämatome/Nachblutungen sowie prolongierte Wundsekretionen, Serome oder Gelenkergüsse sind dann als „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen“ anzugeben.</i></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.
- Bei katheterassozierten Harnwegsinfekten sollten diese nur als Komplikation angegeben werden, wenn diese nicht schon bei Aufnahme bzw. vor dem Legen eines Katheters festgestellt werden. In letzteren Fällen sind diese als „sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ zu erfassen.

MultiResistente Erreger (QS MRE)

QS-Verfahren	MultiResistente Erreger = QS MRE
Erfassung	Keine Änderungen zum VJ 2023

Universelles Neugeborenen Hörscreening (QS UNHS BW)

QS-Verfahren	QS UNHS BW „Universelles Neugeborenen HörScreening“
Einschluss-/ Ausschlusskriterien	In Anlehnung an die Spezifikation 2023 für das Modul Geburtshilfe (16/1, Verfahren Perinatalmedizin) werden Fälle mit Aufnahmegrund 11 (=Übergangspflege) ausgeschlossen.
Kriterien Minimaldatensatz	Wie bisher keine Möglichkeit, einen MDS anzulegen.
Dokumentationsbogen	<ul style="list-style-type: none"> In Anlehnung an die Spezifikation 2023 für das Modul Geburtshilfe (16/1, Verfahren Perinatalmedizin) wurde ein zusätzliches Feld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind“ (Feld 35.2) eingeführt. Die Bezeichnung einiger Felder wurde geringfügig geändert (z.B. „Telefon“ in „Telefonnummer“).
Ausfüllhinweise	Vereinzelt wurden Ausfüllhinweise optimiert.

Fallstricke:

- Es wurde eine neue harte Plausibilisierungsregel hinzugefügt, die den Export des Bogens für totgeborene Einlinge verhindern soll, da auch aus Datenschutzgründen kein UNHS-Datensatz übermittelt werden soll. Bei richtiger Kodierung mit „Z37.1 Totgeborener Einling“ wird durch den QS-Filter keine Dokumentationspflicht ausgelöst. Bei fehlerhafter Kodierung wird gebeten, diese zu korrigieren und den UNHS-Datensatz zu löschen. Bzgl. Mehrlingsgeburten mit mindestens einer Lebend- bzw. Totgeburt verweisen wir auf unsere FAQ hierzu (<https://www.qigbw.de/qs-verfahren/qs-unhs-bw-hoerscreening/faq>).
- Bei Verlegung eines Neugeborenen in die hauseigene Kinderklinik sollen möglichst auch die in der Kinderklinik gewonnenen Ergebnisse des Hörscreenings übermittelt werden. Lediglich wenn das Hörscreening nicht im Rahmen des (nach-)stationären Aufenthalts durchgeführt werden konnte, z.B. weil das Gerät defekt war oder aufgrund einer frühzeitigen Entlassung / Verlegung in ein anderes Krankenhaus, ist "9 = nicht durchgeführt" anzugeben. Hintergrund ist, dass bei Angabe "9 = nicht durchgeführt" und Einwilligung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Datenübermittlung ein Tracking ausgelöst wird. Die Trackingzentrale nimmt dann Kontakt mit den Eltern / Sorgeberechtigten auf, um den Stand der Untersuchungen zu erfragen und ggf. bei der zeitnahen Abklärung zu unterstützen.
- Achten Sie bei einer Notwendigkeit für ein Tracking (auffälliger Befund oder kein Screening erfolgt) auf die korrekte Angabe der Kontaktdaten einer/eines Sorgeberechtigten (Adresse und Telefonnummer), da ansonsten kein Tracking (Nachverfolgung von auffälligen und fehlenden Befunden durch Kontaktaufnahme mit den Eltern) durch die Trackingzentrale am Universitätsklinikum Heidelberg möglich ist.
- Falls bei der Aufklärung zur Einwilligung für das Hörscreening bereits keine ausreichende Kommunikation in Deutsch möglich ist, wird darum gebeten - speziell wenn sich die Notwendigkeit für ein Tracking abzeichnet (auffälliger Befund oder kein Screening erfolgt) -

im Feld „Bemerkungen“ die Kommunikationssprache einzutragen. Dies ermöglicht der Trackingzentrale am Universitätsklinikum Heidelberg, bei einem Tracking das Anschreiben zu übersetzen, und bei Notwendigkeit für ein Telefonat dieses von einem Anrufer mit den entsprechenden Sprachkenntnissen durchführen zu lassen. Bitte beachten Sie auch unsere FAQ hierzu (<https://www.qigbw.de/qs-verfahren/qs-unhs-bw-hoerscreening/faq>).