Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen
Baden-Württemberg

Neuerungen in der externen QS ab 2020 und Fallstricke bei der QS-Dokumentation“

Referenten der QiG BW GmbH
Stuttgart, den 28.11.2019

Neuerungen Spezifikation ab 2020 - Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- Geschlecht: Erweiterung um Schlüsselwert „**divers**“
  - **Beachte**: **Modul DEK**

    1 = männlich

    2 = weiblich

    3 = divers

    8 = unbestimmt

    9 = unbekannt

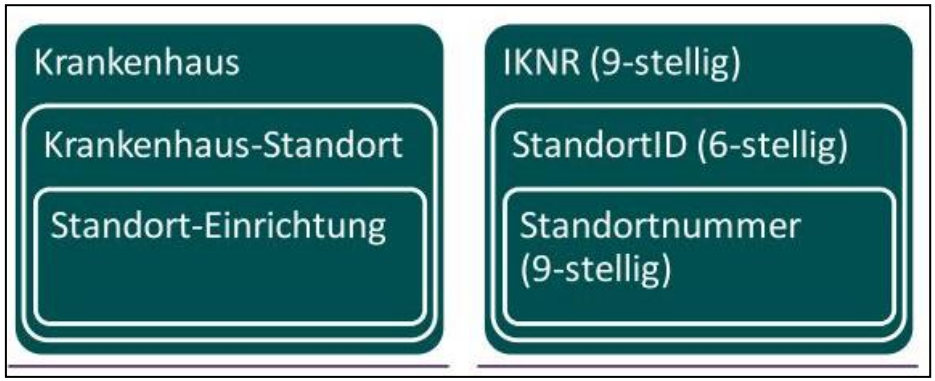
Neuerungen Spezifikation ab 2020
Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- **Zentrales Standortregister**

bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (https://krankenhausstandorte.de)

Dokumentation: 9-stelliges Datenfeld

Export: 6-stellige Standort-ID



Neuerungen Spezifikation ab 2020
Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- Vorgangsnummer GUID: VorgangsnrGuid
  - systemweit eineindeutige Vorgangsnummer
  - 36-stelliger pseudozufälliger Globally Unique Identifier
  - Datensätze bundesweit eindeutig identifizierbar ohne Rückschlüsse auf den Leistungserbringer oder Patienten zuzulassen
  - Bei Verwendung unterschiedlicher Dokumentationssysteme zur eindeutigen Identifizierung von Fällen und Datensätzen als Ergänzung der Vorgangsnummer

Neuerungen Spezifikation ab 2020 Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- **Regelungen für die Sollstatistik**

Zählung innerhalb der Sollstatistik erfolgt ab 2020 auf IK-Nummern-Ebene

Hinweis: nicht immer 1:1 Zuordnung (Mapping) von alter (zweistelliger) Standortnummer (bis 2019) zur neuen (9-stelligen) Standortnummer (ab 2020) möglich. Wegen Umstellung auf lange Überliegerverfahren jahresübergreifende Sollstatistik nur IKNR-bezogen möglich.

→ Entkoppelung der Sollstatistik vom Standortbezug

Neuerungen Spezifikation ab 2020
Allgemeine Änderungen (QSKH)

- **Regelungen für die Risikostatistik (QSKH)**

Fälle (FAELLE_GEPRUEFT_RS), die in der Risikostatistik zu berücksichtigen sind, werden in der Sollstatistik pro IK-Nummer gezählt.

Die Zählung innerhalb der Risikostatistik bleibt standortbezogen (wegen Umstellung auf neue Standortnummern werden Überlieger aus 2019 nicht mitgezählt).

Neuerungen Spezifikation ab 2020
Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- Auslösung wenn PERSONENKREIS = 00
  oder PERSONENKREIS = LEER
- Dieses gilt auch schon für 2019 (seit Spezifikation 2019 Service Release 6, im Oktober 2019 veröffentlicht)
- Diese Änderung war nötig, da auf der Versichertenkarte der Personenkreis auch leer sein kann

Neuerungen Spezifikation ab 2020 Allgemeine Änderungen (QSKH / DeQS)

- Direkte Verfahren werden ersetzt durch bundesbezogene Verfahren
  - Module LLS,LTX,LUTX,HTXM,NLS,PNTX,HCH sind ab 2020 indirekte (bundesbezogene) Verfahren → Übermittlung nicht mehr an das IQTIG, sondern an QiG BW GmbH
  - Follow-up-Module LLSFU,LTXFU, LUTXFU,HTXFU,NLSFU,PNTXFU sind auch in 2020 noch direkte Verfahren nach QSKH → Übermittlung weiterhin an das IQTG

Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2019 und 2020: QSKH-RL

Leistungsbereich/Follow-up	direkt	indirekt*
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)		x
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)		x
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation) (091, 09/2, 09/3)		x
Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation) (09/4, 09/5, 09/6)		x
Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothet. Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und - Komponentenwechsel) (HEP		x
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)		x
Karotis-Revaskularisation (10/2)		x
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel) (KEP)		x
Mammachirurgie (18/1)		x
Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin – Neonatologie) (16/1, NEO)		x
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)		x

*** Übermittlung an QiG BW GmbH (daten@qigbw.de)**

Einbezogene Leistungen mit Wechsel im Erfassungsjahr 2020: QSKH-RL

- Überführung der QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin (HTX, LLS, LTX, LUTX, NLS, PNTX) und Herzchirurgie (HCH) in die DeQS-RL (**Übermittlung an QiG BW GmbH, daten@qigbw.de**).
- Umbenennung von „Herzchirurgie“ in „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“.
- Besonderheit: Im Jahr 2020 richten sich FU-Module der Transplantationsmedizin noch nach der QSKH-RL, da sie sich auf die Vorjahre 2017-2019 beziehen:

Leistungsbereich/Follow-up	direkt*	indirekt
Follow-up Herztransplantation 2017-2019 (HTXFU)	x	
Follow-up Leberlebendspende 2017-2019 (LLSFU)	x	
Follow-up Lebertransplantation 2017-2019 (LTXFU)	x	
Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019 (LUTXFU)	x	
Follow-up Nierenlebendspende 2017-2019 (NLSFU)	x	
Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019 (PNTXFU)	x	

*** Übermittlung an IQTIG (daten@iqtig.org)**

Einbezogene Leistungen mit Wechsel im Erfassungsjahr 2020: DeQS-RL

Leistungsbereich/Follow-up	direkt	indirekt *
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)		x
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (HCH → KCHK)		x
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)		x
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)		x
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation Follow-up (PNTXFU)	x	x
Nierenlebendspende (NLS)		x
Lebertransplantation (LTX)		x
Leberlebendspende (LLS)		x
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)		x
Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen) (NWIF)		x
Cholezystektomie (CHE)		x
Dialyse (DIAL)		x

*** Übermittlung an QIG BW GmbH (daten@qigbw.de)**

Zusammenfassung
Neu in der Spezifikation 2020

- Alle QS-Verfahren sind auf lange Überlieger umgestellt [(Aufnahme 2019 oder 2020) und Entlassung 2020].
- Neue 9-stellige Standorte.
- Entkoppelung der Sollstatistik vom Standortbezug.
- ➢ **Sollstatistik mit langen Überliegern (Bezug IK-Nummer), aber Auswertung ohne lange Überlieger (Änderung Standortbezug).**
- QS NET löst als neues Verfahren QS Dialyse und PNTX ab.
- HCH wird zum neuen Verfahren QS KCHK.
- Die Transplantationsmedizin wird zum neuen Verfahren QS TX.
- Für die letzten drei FU-Jahre der Transplantationsmedizin nach QSKH-RL gibt es eine Übergangsregelung.

Neu in der QSKH-RL ab 2020: Prospektive Rechenregeln

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH-RL)

in der Fassung vom 15. August 2006
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 1
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

zuletzt geändert am 20. Juni 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAn
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

Kraft getreten.

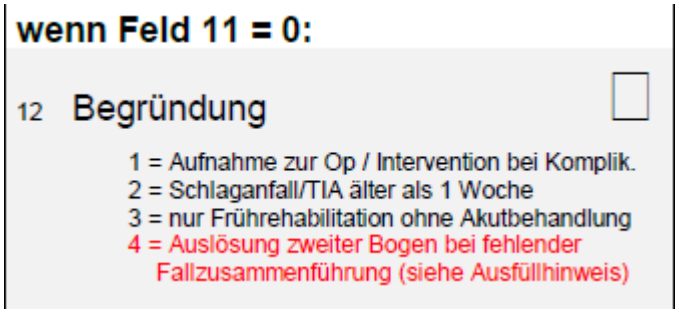
(2) [1]Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. [2]Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. [3]Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. [4]Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. April des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. [5]Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

https://www.g-ba.de/richtlinien/38/

Landesverfahren Schlaganfall (80/1)

Modul 80/1 – Landesverfahren Schlaganfall – Neuerungen 2020

- Neue Standortnummer gemäß Standortregister
- Begründung der Anlage von MDS:
  - Kein „Sonstiges“ mehr
  - Neu „Auslösung zweiter Bogen bei fehlender Fallzusammenführung“



Modul 80/1 – Landesverfahren Schlaganfall – Neuerungen 2020

- Aufnahmeeinheit: neuer Schlüssel „nur Notaufnahme mit direkter Verlegung in andere Klinik“

13 Aufnahmeeinheit

1 = Allgemeinstation
2 = Intensivstation
3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü
4 = nur Notaufnahme mit direkter Verlegung in andere Klinik

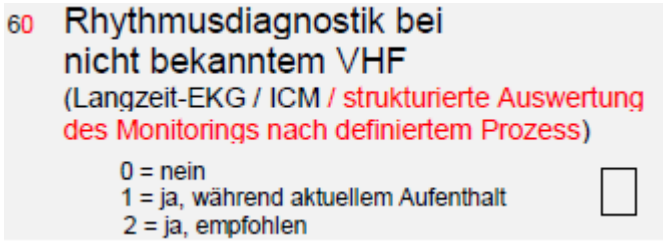
- Anpassung der Verlegungsgründe

33 Verlegungsgrund

1 = akute Thrombektomie (intrakraniell)
2 = Thrombektomie (extrakraniell) / Revaskularisation der ACI im Verlauf
3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung
4 = Intervention bei raumforderndem Insult
5 = ~~i.v. Lyse~~ internistische Komplikation
6 = keine eigene Stroke Unit
7 = fehlende Bettenkapazität
8 = Sonstiges

Modul 80/1 – Landesverfahren Schlaganfall – Neuerungen 2020

- Rhythmusdiagnostik: darf auch bejaht werden, wenn strukturierte Auswertung des Monitorings nach definiertem Prozess



- **Informationsveranstaltung QS Schlaganfall am 4.12.2019**

Neonatologie (NEO)

Modul NEO – Neuerungen 2020

- Besonderer Personenkreis: Auflistung im Bogen fällt weg
- „berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin“ wird ersetzt durch „endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter
- Zusätzliches Feld „Kind im Kreißsaal verstorben“
- Neu Feldabhängigkeiten: sämtliche Fragen nur noch wenn Gestationsalter ab 22 Wochen und Kind nicht im Kreißsaal verstorben

Modul NEO – Datenvalidierung – CAVE

- Durch Softwarefehler war bis Herbst 2019 Eingabe „Kopfumfang bei Aufnahme / Entlassung nicht bekannt“ nicht möglich, Eingabe eines Wertes zwingend
- Softwarefehler nach Herstellerangaben behoben
- Bitte Korrektur der Datensätze für das VJ2019

Modul NEO – CAVE:

- „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.“:
  - „ja“ auch wenn IK-KZ der Krankenkasse mit 10 beginnt, obwohl nicht gesetzlich versichert (z.B. Postbeamtenkrankenkasse)
  - „ja“ auch wenn eGK während Behandlung noch nicht vorliegt oder nur Pseudonummer (jedoch IK-Kennzeichen und „besonderer Personenkreis“ trotzdem dokumentieren“
  - Muss manuell dokumentiert werden, darf nicht von QS-Software vorbelegt werden

Herzschrittmacher / Defibrillatoreneingriffe (09/1-09/6)

Herzschrittmacher / Defibrillatoreneingriffe (09/1-09/6)

- Insgesamt nur geringfügige Änderungen
- ab 2020 nur noch Patienten **über 18 Jahre** dokumentationspflichtig
- **Neu:** Leadless Pacemaker im Modul 09/3 dokumentationspflichtig

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

QS PCI: Indikation zur Koro

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein
Indikatortyp	Indikationsstellung

- Im Qualitätsindikator (QI 56001) sind vermehrt Doku-probleme als Ursache der Auffälligkeit festgestellt worden.

Rechenregel	**Zähler** Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK) **Nenner** Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom)

QS PCI: Indikation zur Koro

KORONARANGIOGRAPHIE
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt

36-39	**Koronarangiographie**
36	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)? 1 ... 99 ☐☐
37	führende Indikation für diese Koronarangiographie nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff ☐☐ 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 99 = sonstige

39	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter vor einer evtl. auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet ☐ 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung

- Fachliche Überprüfung der Dokumentation in den Datenfeldern zur führenden Indikation (vor und nach Koro)
- z.B. Angabe von 9 = Vitium z.B. bei präoperativer Diagnostik

QS-PCI:Nierenfunktion

Bis 2019

33	Nierenfunktion gemessen ☐ 0 = nein 1 = ja

Ab 2020

32	Dringlichkeit der Prozedur ☐ 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
wenn Feld 32 IN (1; 2)	
33.1>	Kreatininwert i.S. in mg/dl ☐☐,☐ mg/dl
33.2>	Kreatininwert i.S. in µmol/l ☐☐☐☐ µmol/l
33.3>	Kreatininwert i.S. unbekannt ☐ 1 = ja
wenn Feld 32 IN (1;2)	
34>	Dialysepflicht ☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt

- Ab VJ 2020 wird die Dokumentation der Nierenfunktion erweitert !
- Vorsicht bei Einheiten!!!

QS-PCI: Door-to-Balloon-Zeit

Als Door-Zeitpunkt gilt die Übergabezeit aus dem Notarzt-/Rettungswagenprotokoll. Werden Herzinfarktpatienten nicht über den Notarzt- /Rettungswagen aufgenommen, ist die administrative Aufnahmeuhrzeit als "Door-Zeitpunkt" zu erfassen. Es sollen das Datum und die Uhrzeit angegeben werden.

- Konkretisierung zur Angabe der Door-Zeit ab 2020 in den Ausfüllhinweisen

QS-MRE – Landesverfahren

QS-MRE:
geplante Erweiterung um VRE

Verfahrenserweiterung für VRE ab 1/2021 geplant:

- nur für Krankenhäuser mit invasiven Leistungen
- Angabe von Anzahl Patienten mit VRE positiven Blutkulturen incl. Fachabteilung

Save the Date:

Informationsveranstaltung 23.April 2020

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

PNEU – Wichtige Neuerungen 2020 (Felder und Schlüssel)*

- Feld 8 „Geschlecht“, Schlüssel erweitert
- Feld 14 „Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?“ Schlüssel erweitert um „9 = nicht beurteilbar“**
- Feld 19 „initiale antimikrobielle Therapie“ Schlüssel 4 geändert: „Fortsetzung oder Modifikation einer **extern** begonnenen antimikrobiellen Therapie“**
- Feld 26 „Entlassungsgrund“ Schlüsseländerung:
  - „22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung“**
  - „25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, § 4 PEPPV)“**

* Aus Vergleich von**https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/pneu/Ausfuellhinweise_PNEU.html / Spezifikation 2020 V01 mit https://iqtig.org/downloads/erfassung/2019/v06/pneu/Ausfuellhinweise_PNEU.html / Spezifikation 2019 V05, letzter Zugriff am 26.11.2019, ohne Anspruch auf Vollständigkeit

PNEU – Wichtige Neuerungen 2020 (Ausfüllhinweise)*

- Anpassung des Ausfüllhinweises beim entlassenden Standort
- Spezifizierung zu Feld 11 „Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung“: **„Gemeint sind Patienten, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren“****
- Spezifizierung zu Feld 15.2 „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“: **„Hier ist auch dann „ja“ anzugeben, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist.“****

* Aus Vergleich von
**https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/pneu/Ausfuellhinweise_PNEU.html / Spezifikation 2020 V01 mit https://iqtig.org/downloads/erfassung/2019/v06/pneu/Ausfuellhinweise_PNEU.html / Spezifikation 2019 V05, letzter Zugriff am 26.11.2019, ohne Anspruch auf Vollständigkeit

PNEU – Fallstricke (1)

- **Zeitpunkt der administrativen Aufnahme** wichtig für korrekte Dokumentation im QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“ http://geqik.de/index.php?id=664&tx_ttnews%5Btt_news%5D=715&cHash=ecf139464b434c1ac3cd025424b43c25, letzter Zugriff am 27.11.2019

- Frage nach der initialen antimikrobiellen Therapie (Feld 19) → **Schlüssel 4 „Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie“** (https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/pneu/Ausfuellhinweise_PNEU.html, letzter Zugriff am 26.11.2019) **bitte ggf. verwenden!**

- **Minimaldatensatz**: „bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien“ (https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2020/v01/2020_Anwendungsfaelle_mds_V01.pdf, letzter Zugriff 22.11.2019)

Modul PNEU – Fallstricke (2)

„FAQ: ICD-Kode U69.0-!: Was ist unter "zurückliegende Hospitalisierung“ zu verstehen?

Stand: 25.01.2019

Mit dem Begriff Hospitalisierung ist **ausschließlich ein Krankenhausaufenthalt im engeren Sinne**, also **kein Aufenthalt in etwa in einer Rehaeinrichtung oder in einem Pflegeheim** gemeint. Da gemäß der S3-Leitlinie zur ambulant erworbenen Pneumonie (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-020l_S3_ambulant_erworbene_Pneumonie_Behandlung_Praevention_2016-02-2.pdf) Pneumonien frühestens nach 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme als nosokomial definiert werden, sind teilstationäre Aufenthalte ausgeschlossen.“

(https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/icd-kode-u690-was-ist-unter-zurueckliegende-hospitalisierung-zu-verstehen/, letzter Zugriff am 27.11.2019, Hervorhebungen eingefügt)

Cholezystektomie (QS CHE)

QS CHE – Neuerungen 2020

- Anwenderinformation QS-Filter: Entgeltart(en) der Tabelle STAT_BELEG_ENTGELT neue Schlüssel eingefügt***
- Feld „Status des Leistungserbringers“ entfällt*
- Schlüssel zum bes. Personenkreis nicht erläutert*
- **Belegarztinformationen entfallen***
- „Geschlecht“: zusätzlich Schlüssel 3 „divers“*
- Ausfüllhinweise: Anpassungen bei den im Feld "Prozedur während des stationären Aufenthaltes" (OPSCHLUESSEL)") und im Feld "Diagnose(n)()" (ENTLDIAG)") dokumentationspflichtigen Kodes*, Liste dokumentationspflichtiger Kodes in Datensatz/Dokumentationsbogen aufgenommen
- Ausfüllhinweise: Schlüssel Feld „Entlassungsgrund“ geändert:
  - „22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung“**
  - „25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)“**

*Aus Vergleich von**https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/che/Ausfuellhinweise_CHE.html / Spezifikation 2020 V01 mit https://iqtig.org/downloads/erfassung/2019/v06/che/Ausfuellhinweise_CHE.html / Spezifikation 2019 V05, letzter Zugriff am 27.11.2019, ohne Anspruch auf Vollständigkeit
***gemäß QS-Spezifikation 2020 V01

QS CHE – Fallstricke (1)

„FAQ: Weshalb werden Eingriffe, die zeitgleich zusätzlich zu einer Cholezystektomie oder während des gleichen Aufenthaltes stattfinden, als Komplikation/Reintervention der Cholezystektomie in den Indikatoren gezählt?

Stand: 10.09.2019

Die Spezifikation für das QS Verfahren Cholezystektomie sieht derzeit vor, dass **alle in den Anmerkungen aufgelisteten ICD und OPS Kodes** zu dokumentieren sind, sobald ein QS-Bogen ausgelöst wurde. Die Dokumentation soll hierbei automatisiert erfolgen. Ziel ist es, möglichst umfassend alle Komplikationen/Reinterventionen zu erheben. Da es sich um das erste Jahr der Erfassung handelt, muss zunächst eine **Datengrundlage** aufgebaut werden, anhand derer inhaltlich begründete Änderungen analysiert und ggf. praktisch umgesetzt werden können.“

(https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/default-1c689ef28b/, letzter Zugriff am 27.11.2019, Hervorhebungen teilweise hinzugefügt)

QS CHE – Fallstricke (2)

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur(en) während des stationären Aufenthaltes

12	Wievielte Prozedur?	**Gültige Angabe:** >= 1 **Angabe ohne Warnung:** <= 10	-
13	Prozedur während des stationären Aufenthaltes	-	In diesem Verfahren ist die Angabe bestimmter OPS-Kodes über die auslösenden Kodierungen hinaus von besonderer Relevanz. Folgende Kodes sind verpflichtend zu dokumentieren. (Siehe Anhang) Für jeden dieser OPS-Kode gemäß Entlassungsanzeige ist ein eigener Teildatensatz anzulegen. Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2021 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2020 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn derPatientam 31.12.2020 aufgenommen worden ist. siehe Anmerkung 1
14	Datum der Prozedur während des stationären Aufenthaltes	**Format:** TT.MM.JJJJ	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/che/Ausfuellhinweise_CHE.html, letzter Zugriff am 27.11.2019

QS CHE – Fallstricke (3)

Diagnose(n)			
16	Diagnose(n)	-	In diesem Verfahren ist die Angabe bestimmter ICD-Kodes über die auslösenden Kodierungen hinaus von besonderer Relevanz. Folgende Kodes sind verpflichtend zu dokumentieren. (Siehe Anhang) Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2021 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2020 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2020 aufgenommen worden ist. siehe Anmerkung 2
wenn Feld 16 = Streptokokkensepsis			

https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/che/Ausfuellhinweise_CHE.html, letzter Zugriff am 22.11.2019

QS CHE – Fallstricke (4)

„FAQ: Wie wird der Zeitpunkt der Diagnosestellung dokumentiert?

Stand: 10.09.2019

Mit den Datenfelder[n] 21 bis 30 sollen **Komplikationen** erfasst werden, welche im Zusammenhang mit einer Cholezystektomie stehen oder durch sie verursacht wurden. Hierbei ist zwischen **operationsbedingten intra- oder postoperative[n] Komplikationen** sowie **vorbestehenden, den Krankheitsverlauf negativ beeinflussenden Faktoren** zu unterscheiden. Es gibt Operationsbefunde, welche deutlich machen, dass ein Befund bereits vor der OP bestand, welche präoperativ jedoch allenfalls eine **Verdachtsdiagnose** darstellte[n]. Für die Dokumentation der Datenfelder 21 bis 30 bedeutet dies:

1. Der Schlüssel: **„1 = ja, Diagnose wurde vor der Cholezystektomie gestellt“** wird dokumentiert, wenn die **präoperativ gestellte (Verdachts-)Diagnose intraoperativ bestätigt wird oder während der Operation festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestanden hat**

2. Der Schlüssel: **"0 = nein, Diagnose wurde erst nach der Cholezystektomie gestellt“** ist zu dokumentieren, wenn die gestellte Diagnose **auf die durchgeführte Cholezystektomie zurückzuführen** ist.“

(https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/wie-sind-die-datenfelder-21-30-zu-beantworten-wenn-eine-diagnose-intraoperativ-gestellt-wurde-bzw-intraoperativ-bekannt-wurde/, letzter Zugriff am 27.11.2019, Hervorhebungen eingefügt)

QS CHE – Fallstricke (5)

- MDS:

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
Alle (z.B. 09/1) außer HTXM	Vorzeitiger Abbruch einer Operation	**Minimaldatensatz:** Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein MDS zu dokumentieren. **OPS-Kode:** 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) **Regulärer Datensatz:** Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen.

https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2020/v01/2020_Anwendungsfaelle_mds_V01.pdf, letzter Zugriff am 26.11.2019

Karotis-Revaskularisation (10/2)

Modul 10/2 Karotis-Revaskularisation
Neue Felder ab 2020 (Basis)

- Neue Felder für Risikoadjustierung

9.1	Körpergröße **Angabe in:** cm **Gültige Angabe:** >= 1 cm **Angabe ohne Warnung:** 120 - 230 cm ☐☐☐ cm
9.2	Körpergröße unbekannt ☐ 1 = ja
10.1	Körpergewicht bei Aufnahme **Angabe in:** kg **Gültige Angabe:** 1 - 500 kg **Angabe ohne Warnung:** 30 - 230 kg ☐☐☐ kg
10.2	Körpergewicht unbekannt ☐ 1 = ja

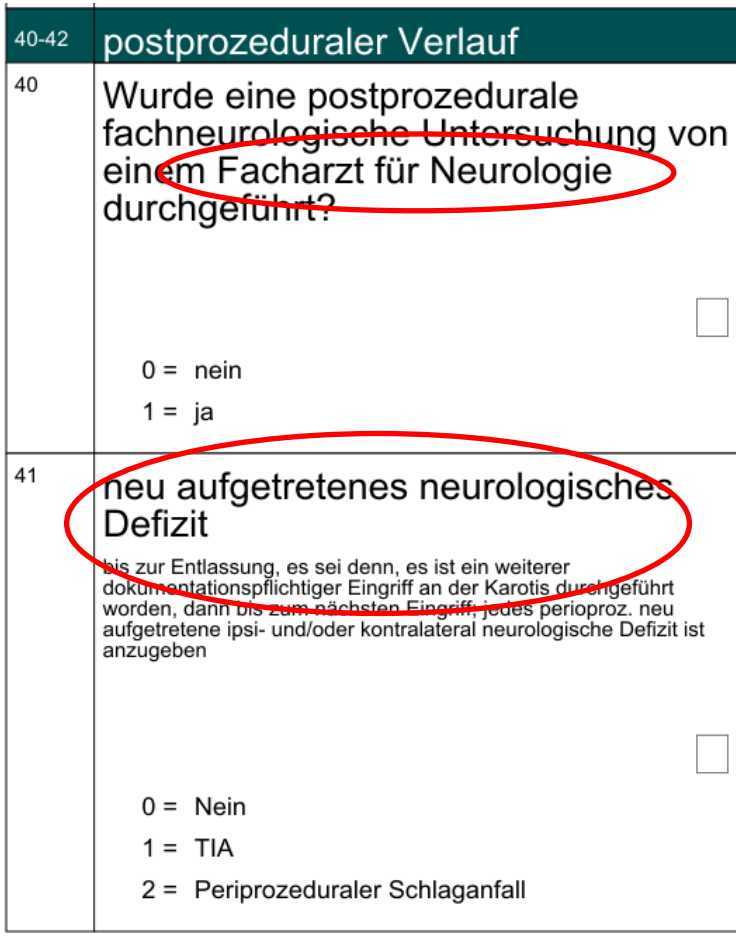
BMI

Glomeruläre Filtrationsrate

12-22	**Klinische Diagnostik**
12	Diabetes mellitus ☐ 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt
13	präoperative Nierenersatztherapie ☐ 0 = nein 1 = akut 2 = chronisch
wenn Feld 13 = 0	
14.1>	Kreatininwert i.S. in mg/dl präoperativ (letzter Wert vor OP) **Angabe in:** µmol/l **Gültige Angabe:** >= 0 µmol/l **Angabe ohne Warnung:** 18 - 1060 µmol/l ☐☐,☐ mg/dl
14.2>	Kreatininwert i.S. in µmol/l präoperativ (letzter Wert vor OP) **Angabe in:** mg/dl **Gültige Angabe:** >= 0 mg/dl **Angabe ohne Warnung:** 0,2 - 12 mg/dl ☐☐☐☐ µmol/l

Modul 10/2 Karotis-Revaskularisation
QIDB 2018: Neuer QI 161800

- Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit:
- **Nenner:** Alle lebend entlassenen Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden, und bei denen ein neues periprozedurales neurologisches Defizit aufgetreten ist.
- **Zähler:** Patienten, bei denen trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde.



40-42	postprozeduraler Verlauf
40	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt? 0 = nein 1 = ja
41	neu aufgetretenes neurologisches Defizit bis zur Entlassung, es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff, jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben 0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall

Modul 10/2 Karotis-Revaskularisation Minimaldatensatz (MDS)

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
10/2	besondere Indikationen	**Minimaldatensatz:** 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 akutem 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.

- Notfall PTA mit oder ohne Stent beim Schlaganfall
- Aneurysma spurium (auch bei Dissektion)
- Dissektion
- Iatrogene / traumatische Verletzungen
- Tumorbedingte Karotis-Eingriffe
- abszedierter Spätinfekt, keine Stenose

Dekubitusprophylaxe (DEK)

Modul DEK Dekubitusprophylaxe

- Feldanpassungen 2020
  - Feld Geschlecht:
    1 = männlich, 2 = weiblich, 3 = divers, 8 = unbestimmt,
    9 = unbekannt
  - Feld Adipositas: Bezeichnung ICD ergänzt (ICD-10-GM: E66.02, E66.12, E66.22, E66.82, E66.92)
  - Feld weitere schwere Erkrankungen: ICD erweitert (ICD-10-GM: U69.01, U69.02, U69.03)

- Strukturierte Dialog zu 2018 : Korrekte Dokumentation
  - Vollzählige Teilnahme (Dokumentationsrate >= 95 % bis <= 110 %)
  - QS-Bogen: Korrekte Dokumentation Feld POA, Spezifische Kodierung eines Dekubitus (Dek. n.n.bez. vermeiden), Fehlkodierung vermeiden
  - Risikostatistik – Abgleich mit Sollstatistik (Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren)) → AK

Modul DEK Dokubitusprophylaxe Strukturierte Dialog - Anleitungshilfe

- Spezieller Hinweis: Bitte analysieren Sie die Fälle, warum ein Dekubitus Grad/Kategorie während des stationären Aufenthalts neu entstanden ist und nicht vermieden werden konnte sowie die Abläufe und das pflegerische Handeln. Identifizieren Sie ggf. Verbesserungsbedarf. Zur Beantwortung empfiehlt die Arbeitsgruppe folgendes Vorgehen:
  - Stellen Sie den Pflegeprozesses bzw. das Pflegemanagement dar (z.B. Wird eine Risikoeinschätzung (initial und differenziert) durchgeführt und entsprechend darauf reagiert? Werden die individuell prophylaktischen Maßnahmen geplant und durchgeführt? Welche prophylaktischen Maßnahmen werden angewandt? Stehen ausreichende und adäquate Hilfsmittel zur Verfügung? Können erforderliche Wechseldruck- und Weichlagerungssysteme in einem angemessenen Zeitraum besorgt werden? Wird der Patient zur Bewegungsförderung beraten und angehalten und unterstützt? Werden die Maßnahmen auf Wirksamkeit überprüft? Welche Konsequenzen ergeben sich für das zukünftige pflegerische Handeln hinsichtlich der Vermeidung von Dekubitus, speziell Umsetzung des Expertenstandards?).
  - Wie erfolgt die Kommunikation zwischen den am Prozess er Dekubitusprophylaxe und der QS-Dokumentation beteiligten Berufsgruppen (z.B. Erfolgt eine gezielte Kommunikation bei veränderter Diagnosestellung zwischen allen Beteiligten? Sind insbesondere die Kodierfachkräfte sensibilisiert für das Thema Dekubitusprophylaxe?)
  - Falls Dokumentationsfehler ohne Bezug auf die Qualität der erbrachten Leistungen identifiziert werden, wird um detaillierte Fehleranalyse und Beschreibung von Maßnahmen gebeten, die zukünftig eine korrekte Dokumentation sicherstellen. Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus sind darzustellen.
  - Wird das Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege zur Qualitätsarbeit genutzt und angewendet?
  - Erfolgt eine bedarfsgerechte Fortbildungsplanung und Schulungsdurchführung?

Neuerungen 2020

- Datenvalidierung (DV)
  - gezielter Datenabgleich nach QSKH-RL § 9
- Orthopädisch/unfallchirurgische Leistungsbereiche („O/UCH“)
  - Spezifikation 2020 und Fallstricke
- QS UNHS BW
  (Universelles Neugeborenen-Hörscreening)

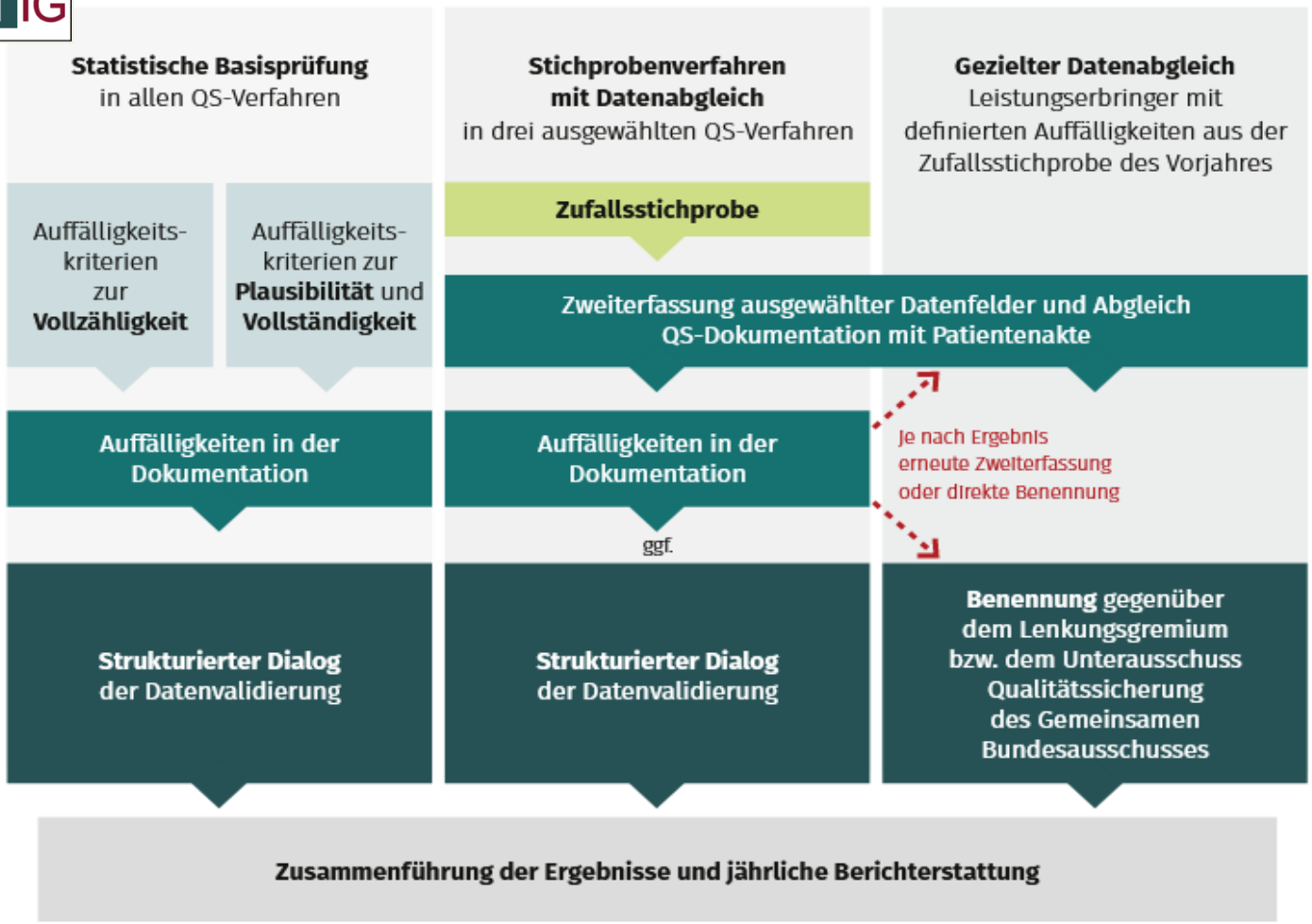
Datenvalidierung

(Überprüfung der Dokumentationsqualität)

Neuerungen – DV QSKH

- Bisher keine DV in DeQS-RL beschlossen
- QSKH-RL § 9:
  - weiterhin Stichprobenverfahren und statistische Basisprüfung
  - Anlässe für gezielten Datenabgleich im Folgejahr
    - Häufigkeit von Fehldokumentationen in Stichprobenprüfung (Kriterien s. Beschluss G-BA 06.03.2019)
    - Noch nicht beschlossen:
      - Relevante Dokumentationsfehler
      - Wiederholte Auffälligkeiten in der statistischen Basisprüfung

Neuerungen – DV QSKH



Orthopädie/Unfallchirurgie (17/1, HEP, KEP)



Neuerungen 2020 – O/UCH (17/1, HEP, KEP)

- Nur eine relevante Änderung in 17/1 und HEP:

~~Frakturereignis~~ Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	~~1 = war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme~~ ~~2 = ereignete sich erst während des stationären Krankenhausaufenthaltes~~0 = nein 1 = ja	- Der Schlüsselwert „ja“ ist ausschließlich anzugeben, wenn die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.

- VORSICHT!
  - „2“ bedeutet 2019 Inhouse-Sturz
  - „1“ bedeutet 2020 Inhouse-Sturz



Fallstricke – O/UCH
HEP + KEP

- Auslösung der Dokumentationspflicht:
  - Wechsel mobiler Teile sollten verfahrensgemäß seit 2018 nicht mehr als Wechsel-OP erfasst werden
  - Werden damit auch nicht als notwendige Wechsel bei Follow-Up-Indikatoren gewertet

- Ausschluss nur möglich bei Kodierung mit

  5-821.18+.2a/b (HEP),

  5-823.19+.27+.b0+.f0 (KEP)

Fallstricke – O/UCH



- Auslösung der Dokumentationspflicht:

5-821 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk

5-821.1 Wechsel einer Femurkopfprothese
Inkl.: Im Rahmen eines Teilwechsels bei vorhandener Totalendoprothese
5-821.10 In Femurkopfprothese, nicht zementiert
5-821.11 In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.12 In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.13 In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.14 In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.15 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.16 In Duokopfprothese
5-821.18 Wechsel des Aufsteckkopfes

5-821.2 Wechsel einer Gele[illegible]kp[illegible]nenprothese
Inkl.: Im Rahm[illegible]ine[illegible]Tei[illegible]nsels bei vorhandener Totalendoprothese
5-821.20 In Gelenkpfa[illegible]en, [illegible]nicht zementiert
5-821.22 In Gele[illegible]pfann[illegible]pr[illegible]hese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.24 In [illegible]lle[illegible]anne[illegible]rothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.25 [illegible]Gelenkp[illegible]enprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.26 In[illegible]doprothese, nicht zementiert
5-821.27 In T[illegible]alendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.28 In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.29 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.2a Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel
5-821.2b Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.2x Sonstige

KEINE DOKU

5-821.3 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese
5-821.30 In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.31 In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.32 In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.33 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.3x Sonstige
5-821.4 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese
5-821.40 In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.41 In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.42 In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.43 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.4x Sonstige
5-821.5 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.50 In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.51 In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.52 In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.53 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.5x Sonstige

...

5-821.f Wechsel einer Duokopfprothese
5-821.f0 In Duokopfprothese, nicht zementiert
5-821.f1 In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.f2 In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.f3 In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.f4 In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese
5-821.fx Sonstige

...

Fallstricke – O/UCH



- Auslösung der Dokumentationspflicht:

5-823 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

5-823.1 Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese
Info: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.) (5-823.5 ff.)
5-823.10 In unikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
5-823.11 In unikondyläre Oberflächenprothese zementiert
5-823.19 Inlaywechsel

5-823.2 Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese
Info: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)
5-823.20 Typgleich
5-823.21 In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
5-823.22 In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
5-823.25 In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.26 In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.27 Inlaywechsel

KEINE DOKU

5-823.b Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit
Info: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.) (5-823.5 ff.)
Eine erweiterte Beugefähigkeit entspricht einer Beugefähigkeit von mindestens 130 Grad
5-823.b0 Nur Inlaywechsel

5-823.f Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese
Info: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.) (5-823.5 ff.)
5-823.f0 Nur Inlaywechsel

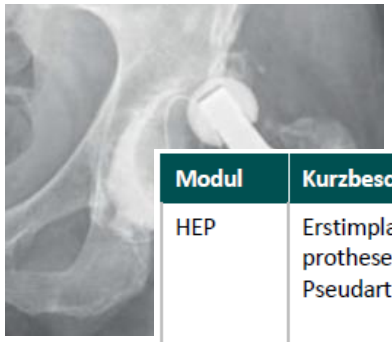
5-823.4 Wechsel einer Sonderprothese
Info: Ein Patellaersatz ist gesonde
5-823.40 Typgleich
5-823.41 Teilwechsel Femurteil
Inkl.: Kopplungselement
5-823.42 Teilwechsel Tibiateil
Inkl.: Kopplungselement
5-823.43 Teilwechsel Kopplungselement
5-823.4x Sonstige

5-823.k Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese
Info: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.) (5-823.5 ff.)
5-823.k0 Typgleich
5-823.k1 In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
5-823.k2 In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
5-823.k3 In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.k4 In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.k5 Teilwechsel Femurteil
Inkl.: Kopplungselement
5-823.k6 Teilwechsel Tibiateil
Inkl.: Kopplungselement
5-823.k7 Teilwechsel Kopplungselement
5-823.kx Sonstige



Fallstricke – O/UCH

- Gehstrecke (und genutzte Gehhilfen) **vor Aufnahme** und bei Frakturversorgung (HEP oder 17/1) **vor Fraktur**! Sollt ein Akte nachvollziehbar dokumentiert sein
- … gilt auch bei Entlassung
- ASA aus Dokumentation der Anästhesie übernehmen
- [sonstige spezifische/allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen] verwenden, wenn keine der genannten konkreten Komplikationsereignisse eintritt (z.B. nicht-katheterassoziierter HWI oder Nachblutung mit EK-Gabe ohne Intervention)
- Sturzrisiko-Assessment und multimodale, individuelle Prophylaxe-Maßnahmen sollten in Akte nachvollziehbar dokumentiert sein



Minimaldatensatz (MDS) – O/UCH

iqtig.org/downloads/spezifikation/2020/v01/2020_Anwendungsfaelle_mds_V01.pdf

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese nach „Cut out“ oder Pseudarthrose	**Regulärer Datensatz:** Die Erstimplantation einer Endoprothese nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung mit nachfolgendem Cut out oder nachfolgender Pseudarthrose ist im Teildatensatz „Elektive Erstimplantation“ im regulären Datensatz zu dokumentieren
HEP	Wechsel einer Endoprothese und Periprothetische Fraktur	**Regulärer Datensatz:** Periprothetische Frakturen wie beispielsweise distale oder subtrochantäre Frakturen bei liegender Prothese sind im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.
HEP	Zweizeitiger Wechsel	**Regulärer Datensatz:** Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Gegebenenfalls sollte bei Kodierung des zweizeitigen Wechsel mit einem Implantationskode, der Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) dokumentiert werden.
HEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	**Regulärer Datensatz:** Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Hüft-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.
Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer subtrochantären Fraktur, Femurschaftfraktur oderdistalen Fraktur	**Minimaldatensatz:** Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren	
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur	**Regulärer Datensatz:** Die Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, ist im Teildatensatz „Hüftgelenknahe Femurfraktur“ im regulären Datensatz zu dokumentieren

QiG

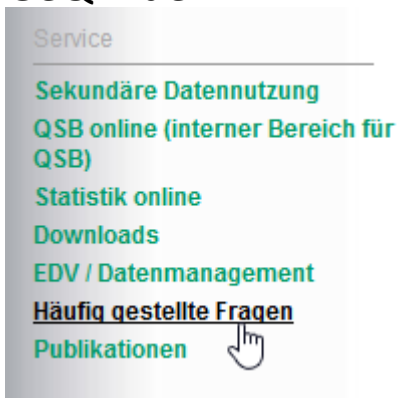


MDS – O/UCH

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
KEP	Zweizeitiger Wechsel	**Regulärer Datensatz:** Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Die DIMDI Empfehlung zur Kodierung des zweizeitigen Wechsel ggf. mit einem Implantationskode und dem Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) ist zu beachten.
KEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	**Regulärer Datensatz:** Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Knie-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren. **OPS-Kodes:** TEP_Implantation und TEP-Wechsel
Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund kniegelenksnaher Fraktur	**Minimaldatensatz:** 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.	

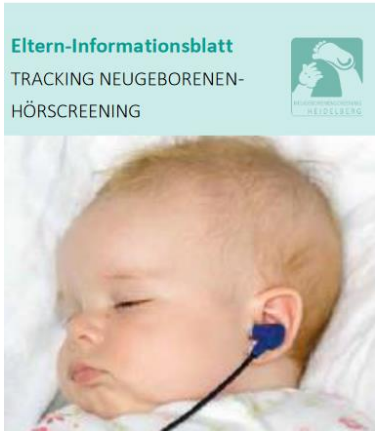
FAQs

GeQiK.de:

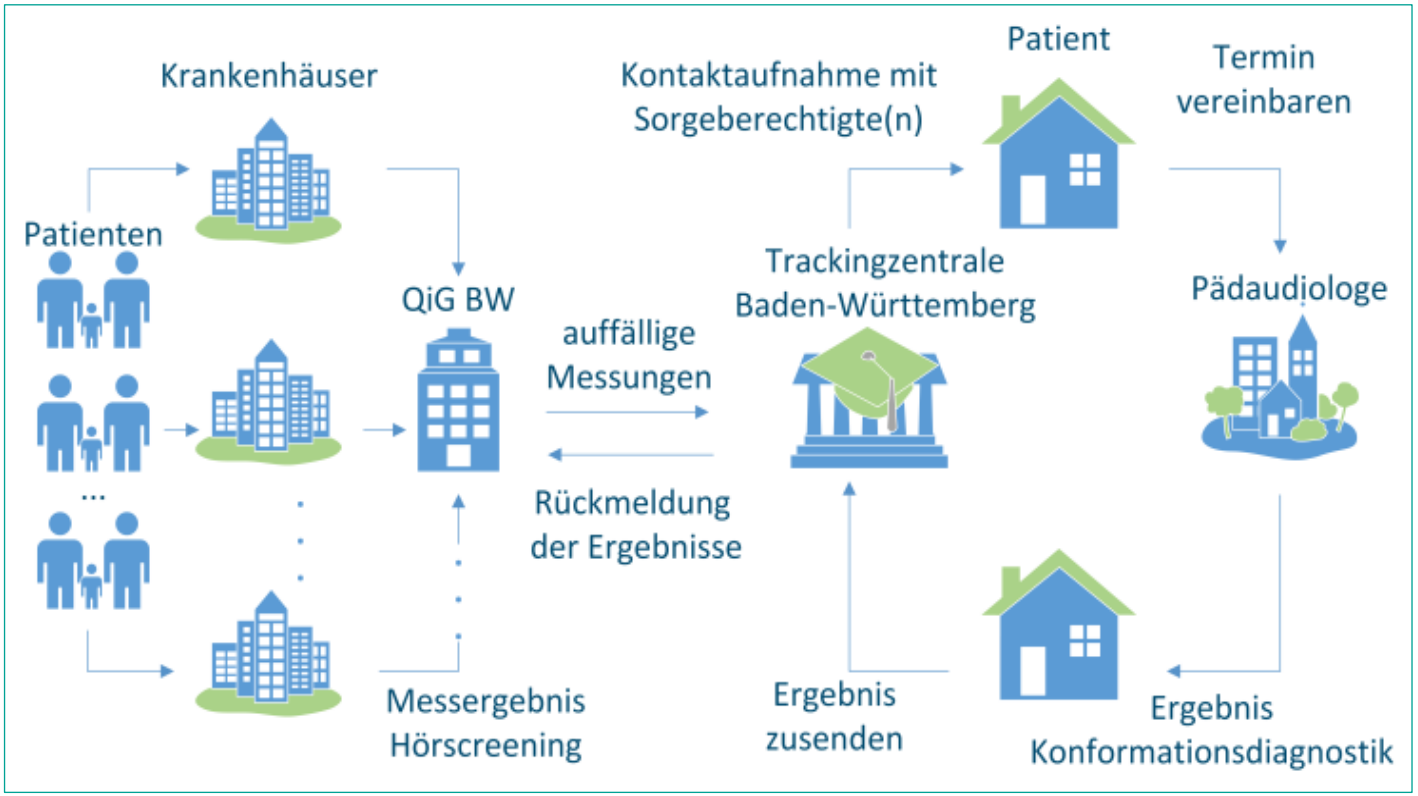


Landesverfahren QS UNHS BW

Baden-Württemberg



Landesverfahren: QS-Verfahren „UNHS" in Baden-Württemberg



Quellen: Eltern-Informationsblatt



Landesverfahren: QS-Verfahren „UNHS" in Baden-Württemberg

- Übermittlung nur bei Einwilligung der Eltern, unabh. vom Screeningergebnis
- Bisher haben ¾ der dokumentationspflichtigen Häuser Daten zu UNHS übermittelt
- Vollzählige Teilnahme ist angestrebt
- Anschreiben an die „säumigen“ Häuser ist Ende 2019 vom Fachbeirat QSKH beauftragt
- Keine Sollzahlenübermittlung, keine Sanktionierung
- Vergütung der dokumentierten Fälle inkl. Investitionsvergütung ist vorgesehen
- Aktuell:
  - Auswertungsplanung & Weiterentwicklung QS UNHS BW 2.0
  - Scoping-Workshop Juni/Juli 2020

Gynäkologische Operationen (15/1)

QS-Verfahren 15/1: Neuerungen 2020 Gynäkologische Operationen

- Keine Änderung Filter
- Keine relevanten Änderungen Felder / Ausfüllhinweise

QS-Verfahren 15/1: Fallstricke Gynäkologische Operationen

plan. QI

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer OperationFehlende Histologie (ID 51906)
- Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung (ID 12874)
- Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (ID 10211)

Organverletzungen (ID 51906)

„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.

„Nein“ ist anzugeben, wenn

1. die intraoperative Komplikation **nicht** durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.
2. der in diesem Operationsbogen zu dokumentierende (QS-pflichtige) Eingriff ausschließlich zur Behebung einer Komplikation indiziert war (z.B. im Falle einer durch eine Abrasio verursachte Perforation des Uterus und einer anschließenden Versorgung der Läsion durch einen laparoskopischen oder offen chirurgischen Eingriff, ist die intraoperative Komplikation zu verneinen) und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist.

Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten

- wenn die Patientin zu klinischem Schaden kommt und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.:
  - alle Verletzungen, die eine Re-Operation notwendig machen
  - alle Verletzungen, deren Versorgung die OP-Zeit deutlich verlängern

NICHT anzugeben sind geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen.

https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v05/151/Ausfuellhinweise_15_1.html

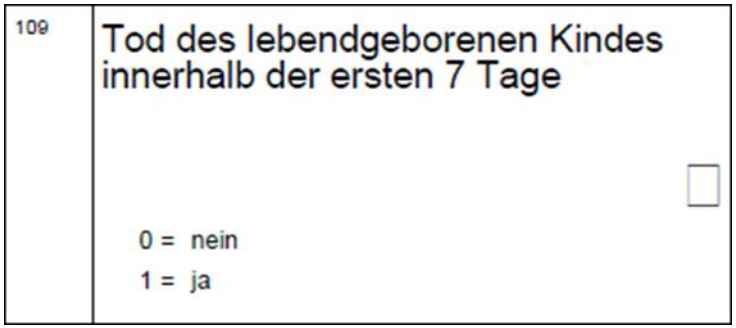
Geburtshilfe (16/1)

QS-Verfahren 16/1: Neuerungen 2020 Geburtshilfe

- Filter: Streichung „9-263 Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta“
- Mehrere Felder gestrichen:
  - Mutter wurde zuverlegt
  - Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt
  - Letztes Gewicht vor Geburt
  - Medikamentöse Zervixreifung
  - Assistent in Facharzt-Weiterbildung

QS-Verfahren 16/1: Neuerungen 2020 Geburtshilfe

- Neue Felder:
  - Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie
  - Allgemeinanästhesie wenn Kaiserschnitt
- Änderung Ausfüllhinweis „Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage“



QS-Verfahren 16/1: Neuerungen 2020 Geburtshilfe

Änderung Ausfüllhinweis „Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage“

Bitte stellen Sie sicher, dass ~~möglichst alle~~bei allen in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen ~~Kinder~~Kindern in ~~der Erhebung enthalten sind.~~diesem Datenfeld "ja" angegeben wird. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich.

Bitte prüfen Sie bei Angabe „interne Verlegung“ vor Abschluss des Bogens, ob das intern verlegte Kind in ihrem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist.

Die Zeitspanne der ersten 7 Lebenstage ist hierbei definiert als Zeitraum von 7 Kalendertagen, unabhängig von der Uhrzeit der Geburt. Dabei wird eine Unschärfe von bis zu unter 24 Stunden in Kauf genommen. Ist das Kind in dieser Zeitspanne nicht verstorben, so kreuzen Sie "nein" an.

QS-Verfahren 16/1: Neuerungen 2020 Geburtshilfe

- Änderung Felder:
  - Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen
  - Fehlbildung
    - Kategorie (keine / leichte / schwere / letale)
    - ICD

    !kein Ausfüllhinweis!

QS-Verfahren 16/1: Neuerungen 2020 Geburtshilfe

96	Fehlbildung vorhanden 0 = nein 1 = ja
97	Diagnose Morbidität des Kindes http://www.dimdi.de 1. ___.__ 2. ___.__ 3. ___.__ 4. ___.__ 5. ___.__ 6. ___.__ 7. ___.__ 8. ___.__ 9. ___.__ 10. ___.__



93	Fehlbildungen 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale
wenn Feld 93 IN (3;4)	
94>	Art der Fehlbildung http://www.dimdi.de 1. ___.__ 2. ___.__ 3. ___.__ 4. ___.__ 5. ___.__

QS-Verfahren 16/1: Fallstricke Geburtshilfe

- Befunde im Mutterpass / SS-Risiken
- Geburtsrisiken

- Geburt in adäquater Versorgungsstufe

QS-Verfahren 16/1: Geburtshilfe

Änderung des Personenstandsgesetzes

- Kinder ohne Lebenszeichen mit GG < 500 g, die aber die 24. SSW erreicht haben, gelten fortan als **Totgeburten**
- Interpretation QiG BW: 23+0 SSW
- Bisher galten ohne Lebenszeichen geborene Kinder mit GG < 500 g - unabhängig von der Tragzeit - als **Fehlgeburten**

QS-Verfahren 16/1: Geburtshilfe

Änderung des Personenstandsgesetzes

Totgeborener Einling	<500g < 24. SSW	<500g ab 24. SSW	>500g
Personenstandsgesetz	Fehlgeburt	Totgeburt	Totgeburt
QS-Verfahren 16/1	MDS	MDS	QS-Bogen 16/1

Mammachirurgie (18/1)

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

- Keine Änderung Filter
- Änderung Feld „präoperative Draht-Markierung“
  - Schlüssel
  - Ausfüllhinweis

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

Änderung Feld „präoperative Draht-Markierung“

0 = nein
1 = ja, durch Mammographie
2 = ja, durch Sonographie
3 = ja, durch MRT
4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP

Bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder Clipmarkierungen von Tumoren in der Brust (z.B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien) ist „nein“ anzugeben.

Werden Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor geplanter Resektion drahtmarkiert, ist „ja“ anzugeben.

Es ist „nein“ anzugeben, wenn intraoperativ nur topografische Markierungen für die pathomorphologische Befundung vorgenommen werden.

Es wird „nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP“ dokumentiert, wenn präoperativ keine Drahtmarkierung erfolgte, sondern stattdessen die intraoperative sonografische Zielsteuerung des Resektionsvolumens erfolgte.

„Unabhängig von der präoperativen Nadelmarkierung kann die direkte intraoperative sonographische Zielsteuerung das Resektionsvolumen optimieren“.

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

- 6 neue Felder

15>>	tastbarer Mammabefund 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 15 = 0	
16>>>	Mikrokalk 0 = nein 1 = ja

Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund		
wenn maligne Neoplasie ist duktales Carcinoma in situ (DCIS) oder invasives Mammakarzinom (Primärtumor)		
22	Histologischer Typ	0 = nein 1 = ja
23	Grading	0 = nein 1 = ja
24	Hormonrezeptorstatus	0 = nein 1 = ja
wenn maligne Neoplasie ist invasives Mammakarzinom (Primärtumor)		
25	HER2-Status	0 = nein 1 = ja
26	Ki67-Status	0 = nein 1 = ja

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

- Ergänzung Ausfüllhinweis

  1) Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes

Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde) und den pathologischen Befund komplettiert. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki67-Status.

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

- Ergänzung Ausfüllhinweis

  2) primär-operative Therapie abgeschlossen

Die operative Therapie ist auch dann abgeschlossen, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.

QS-Verfahren 18/1: Neuerungen 2020 Mammachirurgie

- Ergänzung Ausfüllhinweis

  3) Prätherapeutische / postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz

Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammakarzinom, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS und den von Wilson et al. formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen bzw. dem Tumorboard vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards.

Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) und strahlentherapeutische(r) Onkologe/Onkologin. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden.

Die Screening-Konferenz kann anerkannt werden, wenn der Teilnehmerkreis den geforderten Teilnehmern entspricht.
Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz"), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist.

Wenn Antwort „ja": Zu den für die prätherapeutische Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme (z. B. Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie) sowie klinische Befunde, Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) und Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, KI67-Status.

Fallstricke plan. QI

Modul	QI-ID	Prüfung
15/1	10211	Führender histologischer Befund wirklich korrekt (kein Endometrium-Ca)? Mamma-Ca?
	12874	Wirklich keine Histologie vorhanden? Wirklich Gewebeentnahme (ops richtig?)?
	51906	Organverletzung nach Definition IQTIG? (siehe Ausfüllhinweis)
16/1	318	Lebendgeburt? Frühgeburt (24+0 bis 35+0)? Geburt im Krankenhaus? Pädiater anwesend?
	330	Lebendgeburt? Frühgeburt (24+0 bis 34+0)? Auch keine Lungenreife in vorherigem Aufenthalt? Präpartal 2T stat.?
	1058	Wirklich Notsectio? EE-Zeit wirklich > 20 min?
	50045	Wirklich Sectio? Wirklich keine Antibiotika? (siehe Ausfüllhinweis)
	51803	Lebendgeburt? Reifgeburt (37+0 bis 42+0)? Tod / 5'-APGAR / BE / pH (Risikoadjustierung)
18/1	2163	Wirklich DCIS? Wirklich Axilladissektion?
	52279	Wirklich Drahtmarkierung (siehe Ausfüllhinweis)? Wirklich keine intra-op Kontrolle?
	52330	Wirklich Drahtmarkierung (siehe Ausfüllhinweis)? Wirklich keine intra-op Kontrolle?

Danke für Ihre Aufmerksamkeit